2

Synthèse critique

À la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé

Gilles Bibeau

COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

2

Synthèse
critique

À la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé

Gilles Bibeau

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08448-2

RAPPORT DE RECHERCHE PRÉSENTÉ A LA COMMISSION D'ENQUETE

SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

A LA FOIS D'ICI ET D'AILLEURS

LES COMMUNAUTÉS CULTURELLES DU QUÉBEC DANS LEURS RAPPORTS AUX SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

PAR

GILLES BIBEAU

AVEC LA COLLABORATION DE:

JEAN-MICHEL VIDAL

JEAN-PIERRE DUPUIS

DANIELLE BÉLANGER

GROUPE INTERUNIVERSITAIRE DE RECHERCHE

EN ANTHROPOLOGIE MÉDICALE ET EN ETHNOPSYCHIATRIE (GIRAME)

MONTRÉAL, MARS 1987

Celui qui trouve sa patrie douce
N'est encore qu'un néophyte à l'âme délicate;
Celui pour qui tous les pays sont à l'image de son sol natal
A déjà acquis de la force d'âme.
Mais l'homme parfait
Est celui qui considère la planète entière comme une terre étrangère
L'âme délicate a concentré son amour sur un seul point du globe;
L'âme forte l'a étendu à tous les lieux
Et l'homme parfait a su étouffer cet amour.

Hugo de Saint-Victor
XIIe siècle

II

NOTES SUR LES AUTEURS

Gilles Bibeau, docteur en anthropologie, dirige le Département d'Anthropologie de l'Université de Montréal où il anime le programme de formation en anthropologie médicale; il est consultant à l'Organisation Mondiale de la Santé et mène des recherches sur les rapports entre culture et maladie. Il a agi comme directeur de l'équipe qui présente le présent document.

Jean-Michel Vidal, docteur en médecine avec spécialisation en médecine tropicale, poursuit un doctorat en anthropologie médicale à l'Université de Montréal; ses recherches portent sur les rapports de la population haïtienne aux services de santé hospitaliers. Il a été principalement chargé des parties II et III dans le rapport.

Jean-Pierre Dupuis, sociologue, poursuit un doctorat en anthropologie médicale sur les rapports entre crise socio-économique et problèmes psycho-sociaux dans une région périphérique du Québec. Il a principalement contribué au document en rédigeant les sections sur les politiques culturelle, linguistique et d'immigration.

III

Danielle Bélanger est engagée dans une recherche auprès de la communauté chinoise de Montréal, dans le cadre d'une maîtrise en anthropologie. Elle est assistante de recherche dans un projet portant sur l'immigration et les rapports familiaux: Jeunes migrants et deuxième génération. La partie III relative à la communauté chinoise de Montréal lui est revenue.

IV

REMERCIEMENTS

Les auteurs du rapport tiennent à remercier sincèrement les personnes qui ont facilité leur introduction soit dans les communautés ethniques soit dans diverses catégories d'établissements socio-médicaux. Que soient aussi remerciés madame Nicole Boucher, secrétaire du Comité Sirros, monsieur Delgado du Comité de Travail sur l'Accessibilité des Services Sociaux aux Communautés Culturelles (CTASSCC), ainsi que plusieurs autres représentants d'associations ou de services qui ont fourni des documents. La présente recherche n'aurait pas été possible sans l'appui des ressources matérielles et humaines (Monique Gauvin et George Létourneau) du Groupe Interuniversitaire de Recherche en Anthropologie Médicale et Ethnopsychiatrie (GIRAME) et sans la contribution de professeurs ou chercheurs spécialistes de l'une ou l'autre communauté culturelle; parmi ces spécialistes, nous tenons à remercier les membres du GIRAME dont les travaux sont cités dans ce rapport ainsi que le professeur Deirdre Meintel du département d'Anthropologie de l'Université de Montréal.

Initialement conçu comme un projet beaucoup plus vaste, les débuts de la recherche qui a conduit à la rédaction du présent document ont impliqué plusieurs personnes dont il nous faut signaler la contribution: le profeseur Ursula Streit du département de Psychiatrie de l'Université de Montréal et directeur du GIRAME au titre de co-responsable du projet

initial, lequel n'a pu de fait être réalisé; Jean-Pierre Dupuis, un des auteurs du rapport, qui a préparé les instruments de cueillette de données que nous avions prévus appliquer à une sélection de neuf communautés culturelles ainsi qu'à des établissements de services; enfin, nous ne pouvons passer sous silence le fait que neuf étudiants pour la plupart issus des communautés sélectionnées avaient généreusement entrepris une démarche de recherche avec les quatre membres de l'équipe qui a de fait réalisé le projet sous une forme réduite.

TABLE DES MATIERES

Notes sur les auteurs II
Remerciements IV
Table des matières VI
Liste des tableaux IX

INTRODUCTION 1

1. Contexte du mandat et plan du rapport 1
2. Vers un Québec multiculturel: données démographiques 8
3. Communautés culturelles et accessibilité des services socio-médicaux 20

Références 25

PARTIE I 26

Eléments d'un cadre conceptuel: ethnicité, politiques d'immigration et approche culturelle des problèmes socio-médicaux

1. Les orientations majeures dans les études sur l'ethnicité et les communautés culturelles 29

   1.1 Principaux modèles et concepts dans les recherches sur l'ethnicité 30
   1.2 Bref bilan des études québécoises sur les communautés culturelles 45
   1.3 De quelques mots-clé tirés des documents gouvernementaux 49

2. Les politiques québécoises en matière d'immigration et de culture 51

3. Principes pour une approche ethnoculturelle de la maladie et des problèmes médicaux 65

   3.1 Caractéristiques ethnoculturelles et spécificité des profils pathologiques 67
   3.2 La dimension culturelle de l'accessibilité des services socio-médicaux 77

3.3 La spécificité anthropologique dans l'approche des problèmes socio-médicaux 85
3.4 Eléments d'une clinique sensible au culturel 92

4. Conclusion 100

Références 102

PARTIE II 109

Expériences étrangères d'adaptation culturelle des services socio-médicaux: une description

1. Les expériences canadiennes hors du Québec 112

1.1 La situation en Ontario 112
1.2 La situation au Manitoba 117

2. Les expériences étrangères 119

2.1 Les Etats-Unis d'Amérique 120
2.2 La France 126
2.3 La Belgique 131

Références 137

PARTIE III 139

La situation à Montréal: illustration à partir de quelques cas

1. Enquêtes auprès des CLSC et des hôpitaux 142

1.1 Méthodologie 142
1.2 Les CLSC 144
1.3 Les hôpitaux 147

2. La communauté chinoise 150

3. La communauté haïtienne 160

3.1 La langue: le créole haïtien 162
3.2 La connaissance de troubles et de pathologies spécifiquement haïtiennes 164

VIII

3.3 Les arrangements économiques possibles 166
3.4 La médecine traditionnelle haïtienne 167

Références 175

PARTIE IV 177

Les paramètres d'une approche culturelle: contexte, constatations et recommandations

1. Quelques éléments du contexte de prise de décision 178

2. Discussion autour de cinq constatations majeures 185

2.1 Des politiques culturelles et d'immigration claires mais difficiles d'application 185
2.2 Un Ministère de la Santé et des services sociaux sensible à la problématique culturelle 188
2.3 Une participation très active des associations culturelles 190
2.4 Une insistance mise sur la "compétence linguistique" et le "confort culturel" 193
2.5 Un Québec tourné vers le communautaire, le transculturel et l'international 196

3. Cinq recommandations dans leur spécificité et leur complémentarité 200

Références 211

CONCLUSION 212

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 9

Population du Québec née hors du Canada

TABLEAU 2 11

Composition et concentration ethnique dans la population du Montréal Métropolitain en 1981, par pays d'origine

TABLEAU 3 14

Bilan démolinguistique par langue maternelle, Québec 1976-1981

TABLEAU 4 15

Bilan démolinguistique par langue d'usage, Québec 1976-1981

TABLEAU 5 145

Réponses des CLSC au sondage téléphonique

TABLEAU 6 148

Réponses des hôpitaux au sondage téléphonique

INTRODUCTION

1. Contexte du mandat et plan du rapport

Le projet originel qui fut présenté durant l'été 1986 à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux s'intitulait: "Une approche culturelle des problèmes de santé dans les communautés ethniques: implications cliniques et organisationnelles". Les objectifs poursuivis dans le projet de base étaient doubles: produire d'abord un document synthétisant les différents points de vue et réflexions émanant de multiples organismes, groupements ou même individus, relativement à la spécificité des problèmes socio-médicaux et à la façon d'y faire face, dans les communautés culturelles du Québec; mener ensuite des enquêtes par entrevue auprès d'un échantillon de personnes appartenant à neuf communautés culturelles différentes afin de dégager les opinions et points de vue sur trois sujets principaux:

(1) le type et la forme des services socio-médicaux considérés comme davantage adaptés sur les plans culturel et linguistique (degré de satisfaction, utilisation et perception des services ...);

(2) l'existence et la forme de services sociaux ou sanitaires parallèles éventuellement créés par des membres appartenant aux communautés culturelles;

(3) l'existence et le fonctionnement éventuel de groupes d'entraide et de support au sein des communautés.

Les auteurs de la recherche avaient aussi en tête de compléter l'enquête auprès des membres des communautés culturelles par une série d'entrevues auprès d'un échantillon de professionnels travaillant dans divers types d'établissements sociaux et médicaux afin de recueillir des informations aussi bien sur le fonctionnement des services que sur les modifications suggérées pour améliorer leur accessibilité linguistique et culturelle.

Il avait donc été initialement prévu de mener une recherche systématique auprès de personnes appartenant à neuf communautés culturelles que nous avions sélectionnées à partir de trois critères principaux: l'importance démographique de la communauté (celle-ci devait compter au moins 15 000 personnes au Québec), la plus ou moins grande ancienneté du peuplement (nous retenions des communautés d'arrivée récente et d'autres historiquement présentes au Québec depuis plus longtemps); la plus ou moins grande référence à la culture ethnique originelle dans la communauté (nous avons utilisé la distinction entre les ethnicités comportementale et idéologique dont nous expliquons le sens un plus loin dans notre document). Quatre communautés furent choisies parce qu'elles présentaient une ethnicité comportementale forte et qu'elles étaient présentes au Québec depuis longtemps: ce sont les communautés italienne, grecque, portugaise et chinoise. Cinq autres

furent sélectionnées parce qu'elles étaient ici depuis moins de temps et qu'elles se caractérisaient par une ethnicité comportementale très forte: ce sont les communautés asiatique (Vietnamiens, Cambodgiens ...), d'Amérique centrale (El Salvador, Guatemala ...), d'Amérique du Sud (Pérou, Chili ...), haïtienne, et arabe. Nous avions d'emblée exclus du processus de sélection les communautés anglophone et juive parce qu'elles possèdent déjà des réseaux de services socio-médicaux relativement bien adaptés à leurs caractéristiques spécifiques. Diverses organisations anglophones (plusieurs chapitres régionaux d'Alliance-Québec; le Committee for Anglophone Social Action; Chateauguay Valley English-speaking Association; Voice of English Quebec; The English Speaking Catholic Council; West Island Citizen Advocacy; ...) ont activement participé aux consultations itinérantes de la Commission Rochon et fait connaître leurs points de vue sur l'adaptation linguistique et culturelle des services par rapport à la population anglophone du Québec. Plusieurs organismes issus de la communauté juive (Comité de Coordination des établissements publics juifs; Conseil National des Femmes Juives; Hôpital Général Juif; Hôpital Juif de Réadaptation; ...) se sont également fait entendre. Nous avons estimé que l'analyse de ces documents ne faisaient pas partie de notre mandat. Bien que toutes les communautés culturelles n'aient pas été retenues au niveau de l'enquête projetée, nous pensions que les réponses obtenues des membres des neuf groupes sélectionnés allaient revêtir suffisamment de validité pour être étendue à l'ensemble des communautés.

Comme le démontre le plan du rapport que nous proposons, nous n'avons pas pu réaliser les enquêtes auprès des communautés, enquêtes que nous jugeons pourtant indispensables si nous voulons nous assurer de la validité scientifique des propositions présentées dans la dernière partie de notre document. Tout en reconnaissant l'importance de prendre en compte les opinions et positions défendues par les représentants des associations ethniques et culturelles, nous pensons en effet qu'aucune recherche sérieuse et fiable portant sur les problèmes d'accessibilité linguistique et culturelle ne peut faire l'économie des enquêtes que nous avions initialement prévues auprès des populations. L'absence de celles-ci n'invalide pas pour autant nos conclusions mais nous reconnaissons qu'elle en limite la portée bien que les chercheurs aient fait un effort pour combler le manque d'informations dans ce domaine spécifique en se référant à la littérature actuellement disponible sur les communautés culturelles et en interrogeant avec attention l'organisation des services offerts aux membres des groupes ethniques dans d'autres régions du Canada ainsi que dans différents pays du monde.

Dans les deux sections qui complètent cette introduction au rapport, nous présentons d'abord des données démographiques qui démontrent clairement que le Québec, la région métropolitaine de Montréal en tout cas, évolue rapidement sous la pression de l'immigration vers une situation de multiculturalité; l'autre section donne la parole aux représentants d'associations culturelles, plus spécialement à ceux qui se sont penchés sur le problème de

l'accessibilité linguistique et culturelle des services et qui ont fait connaître leurs positions à ce sujet.

La première partie du rapport, la plus volumineuse, est d'allure théorique bien qu'elle soit parcourue de nombreuses données concrètes. Trois chapitres la composent. Dans le premier, les auteurs discutent des orientations générales qui prévalent dans les recherches menées par les chercheurs dans les communautés culturelles d'Amérique du Nord; après avoir identifié certains concepts qu'ils considèrent comme utiles dans le contexte des études à mener au Québec, les auteurs présentent un bref bilan des travaux réalisés à date sur les communautés culturelles du Québec, au terme duquel ils concluent au sous-développement de ce domaine de recherche; un glossaire dans lequel sont repris et discutés certains mots-clé particulièrement importants dans les documents gouvernementaux sert de conclusion au premier chapitre.

Le second chapitre introduit le lecteur à certains problèmes que posent les politiques québécoise et canadienne en matière d'immigration et de culture. Les principales lois du Gouvernement du Québec ainsi que les documents produits par le Ministère des Communautés culturelles et de l'immigration sont analysés du point de vue de leurs implications par rapport au problème de la langue à utiliser dans la prestation des services et par rapport aux possibilités offertes d'adaptation culturelle. Certaines incohérences sont mises de l'avant tout en

soulignant cependant la clarté de l'orientation du projet juridique et politique au Québec.

Le troisième chapitre constitue l'ossature conceptuelle du rapport dans la mesure où s'y déploient avec des exemples à l'appui les principes qu'il est essentiel de maintenir dans toute tentative de développer une approche culturelle de la maladie et des problèmes sociaux. Les liens qui se tissent entre la culture d'un groupe humain et ses problèmes médico-sociaux sont dégagés en référence à quatre manières différentes d'aborder le problème de la culturalisation de la santé et des problèmes sociaux: (1) la spécificité des profils pathologiques dans les divers groupes ethniques, telle qu'elle ressort des études épidémiologiques; (2) les contraintes culturelles à l'accessibilité des services; (3) l'interprétation des problèmes socio-médicaux du point de vue anthropologique; et (4) ce qu'implique une pratique clinique culturellement orientée.

La deuxième partie du rapport est éminemment concrète et pratique: on y relate un ensemble d'expériences d'adaptation des institutions socio-médicales et on y discute de leurs mérites respectifs. Le premier chapitre présente une sélection d'expériences réalisées au Canada: des hôpitaux spécialisés dans les services offerts à plusieurs communautés ethniques différentes; le travail d'interprètes bénévoles en milieu hospitalier; etc. Pour mettre en perspective ce qui se fait ailleurs au Canada, des expériences étrangères empruntées aux Etats-Unis et aux pays

européens sont également analysées. Nous pensons que le recours à ce que l'on peut appeler le "regard éloigné" nous permet d'aborder la réalité locale du Québec sous des angles inédits et originaux.

Dans une troisième partie qui est malheureusement fort brève, nous présentons la situation de l'adaptation linguistique et culturelle des services socio-médicaux du Québec en nous référant à quelques situations-types. Nous ne prétendons nullement décrire la réalité dans le détail mais nous pensons néanmoins que les traits dégagés ne caricaturent pas la situation dans les institutions que nous avons choisies de présenter. Nous nous sommes plus spécialement attachés à esquisser la manière dont certains hôpitaux et Centres Locaux de Services Communautaires se sont transformés dans le but d'offrir des services déjà accessibles sur les plans linguistique et culturel aux membres des communautés ethniques vivant sur le territoire qu'ils desservent. Ne pouvant pour les raisons évoquées au début de ce chapitre discuter de ce qui se passe dans les diverses communautés culturelles et convaincus que nous sommes de la nécessité de bien mettre en évidence les positions défendues dans les milieux ethniques, nous avons retenu à titre illustratif et symbolique le cas des communautés chinoise et haïtienne: la façon dont on y voit les services, dont on y conçoit les problèmes de santé, et les formes d'organisation institutionnelle qu'on s'y est donné sont sommairement analysées. Au risque de nous répéter, nous déplorons le fait que les contraintes budgétaires et de temps ne nous aient pas permis de mener des recherches

originales auprès des membres des communautés culturellles et auprès des professionnels de divers établissements.

La quatrième et dernière partie sert de conclusion au rapport. Nous y posons en trois chapitres dont le contenu est complémentaire une série de repères qui permettent de baliser le chemin à suivre si l'on veut véritablement une adaptation linguistique et culturelle de nos services sociaux et de santé. Le premier chapitre décrit le contexte dans lequel les décisions devront être prises, contexte où se distinguent à la fois des contraintes qui limitent les possibilités d'adaptation et des points d'appui pour les innovations. Le second chapitre poursuit l'argumentation du premier en se centrant sur cinq éléments spécifiques du contexte. Les cinq recommandations que nous avons décidé de retenir sont présentées avec un maximum de clarté dans le troisième chapitre.

2. Vers un Québec multiculturel: données démographiques

Dans un récent document produit par l'INRS-Urbanisation sous la direction du démographe Marc Termotte et présenté au Conseil de la Langue française, les auteurs (Termotte et Gauvreau) dégagent les tendances de fond du comportement linguistique et démographique de la population du Québec. Pour mettre en perspective les tableaux et commentaires qu'ils présentent en se référant principalement aux

recensements de 1976 et 1981, il nous apparaît intéressant de fournir quelques données qui nous renseignent sur les tendances démographiques qui ont affecté la population québécoise avant 1976 et plus précisément entre 1971 et 1981 (Tableau 1).

Ce tableau indique nettement que les deux sources d'immigration traditionnelles, les Etats-Unis et l'Europe ont considérablement diminué proportionnellement aux nouvelles sources d'immigration. Tout en continuant à provenir majoritairement d'Europe du point de vue du nombre, il faut cependant constater que les nouveaux immigrants arrivent maintenant de plus en plus de trois autres régions du monde, l'Asie du Sud-est, les pays des Caraïbes et ceux d'Amérique latine. Parmi ces

TABLEAU 1

Population du Québec née hors du Canada

Région d'origine	1971	1981	Changement en %
Europe	350 415	325 495	- 7,1
Asie du Sud-est	4 180	22 400	+ 435,9
Autres pays d'Asie	21 170	42 010	+ 98,4
Etats-Unis	46 480	40 420	- 13,0
Caraïbes	15 195	43 770	+ 188,1
Amérique latine	5 200	16 290	+ 213,3
Autres	26 280	35 570	+ 35,4

Source: Recensement Canada 1971, 1981

immigrants, on compte un nombre important de réfugiés et de façon générale, on peut dire que leurs caractéristiques sociales, économiques et culturelles sont davantage contrastées que dans le cas des immigrants d'origine européenne ou américaine. On sait de plus que ces nouveaux arrivants ont tendance à s'établir dans la région métropolitaine de Montréal, ce qui change considérablement le visage culturel de Montréal, plus encore que ce n'est le cas dans le reste de la province. Pour la première fois peut-être, des historiens québécois (Linteau, Durocher, Robert et Ricard, 1987) viennent de rédiger une histoire du Québec contemporain qui adopte une perspective multiculturaliste au sens où la "québécitude" est étudiée en référence à un espace géographique (le territoire) habité par plusieurs groupes humains qui interagissent et s'influencent mutuellement de façon à créer une société aux caractéristiques interculturelles.

Pour prendre la véritable mesure de l'ampleur du phénomène multiculturel dans la région de Montréal, il est utile de consulter le tableau (Tableau 2) produit par le Ministère des Communautés culturelles et de l'immigration relativement à la composition ethnique du Montréal Métropolitain (1984).

Les recensements canadiens utilisent quatre caractéristiques principales pour qualifier la dimension ethnique de la population: la langue, la religion, l'origine ethnique et le pays d'origine. Ces caractéristiques permettent de se faire une idée relativement précise de

TABLEAU 2

Composition et concentration ethnique dans la population du Montréal Métropolitain en 1981, par pays d'origine

Pays d'origine	Effectifs	%	Concentration en % du total de la population
Personnes nées au Canada:		83,8	40,1
- au Québec	2 345 175	79,3	39,6
- dans les autres provinces	125 830	4,5	52,6
Citoyens canadiens nés à l'étranger	3 780	0,1	59,4
Immigrants:	449 085	16,1	86,4
- Italie	85 415	3,1	96,6
- Grande-Bretagne	36 210	1,3	85,6
- Grèce	27 705	1,0	97,9
- France	26 075	0,9	71,4
- Haïti	24 235	0,9	94,0
- Etats-Unis	20 655	0,7	53,7
- Portugal	18 415	0,7	85,9
- Pologne	18 190	0,7	93,5
- Egypte	13 135	0,5	95,9
- U.R.S.S.	12 385	0,5	93,8
- Allemagne	11 825	0,4	76,7
- Vietnam	9 360	0,3	82,5
- Maroc	8 950	0,3	95,2
- Hongrie	8 220	0,3	92,0
- Inde	7 735	0,3	94,5
- Liban	6 415	0,2	87,7
- Belgique	6 385	0,2	68,2
- Roumanie	6 245	0,2	96,4
- Jamaïque	6 165	0,2	98,9
- Trinidad et Tobago	5 530	0,2	98,4
- Yougoslavie	5 150	0,2	92,5

TABLEAU 2 (suite)

Pays d'origine	Effectifs	%	Concentration en % du total de la population
- Espagne	4 980	0,2	88,2
- Tchécoslovaquie	4 215	0,2	91,5
- Philipines	4 000	0,1	97,7
- Taïwan	3 430	0,1	89,8
- Chili	3 325	0,1	85,4
- Turquie	3 320	0,1	90,8
- Israël	3 320	0,1	97,4
- Barbades	3 185	0,1	97,5
- Chine	3 070	0,1	98,2
- Autres pays	51 840	1,9	82,9
Total	2 798 040	100,0	43,9

Source: M.C.C.I., Quelques caractéristiques ethno-culturelles de la population du Québec, M. Baillargeon, G. Sainte-Marie, 1984, p.37

la configuration culturelle de la population mais bien des zones d'ombre subsistent néanmoins. Il importe par exemple de distinguer entre la langue maternelle et la langue d'usage, cette dernière ne coïncidant pas nécessairement avec la première; de plus, des personnes peuvent être recensées comme ayant le français ou l'anglais pour langue d'usage et parler de fait dans certaines circonstances au moins une autre langue: c'est le cas par exemple pour certains segments de la population noire qui sont recensés comme francophones ou anglophones et qui peuvent parler le créole. Le concept d'origine ethnique est aussi difficile à manipuler; il renvoie pour les démographes au groupe culturel ou

ethnique auquel l'émigrant a dit appartenir au moment de son arrivée au Canada; cela renvoie généralement au pays d'origine mais les pays n'étant pas nécessairement homogènes du point de vue culturel, cette caractéristique n'est qu'indicatrice.

Afin de pouvoir se faire une idée des transformations linguistiques et démographiques en cours au Québec depuis 1976 plus particulièrement, nous fournissons deux tableaux empruntés à l'étude de l'INRS-Urbanisation qu'a dirigée M. Termotte. Dans le premier tableau (Tableau 3), on présente un bilan démolinguistique par langue maternelle alors que le second (Tableau 4) est construit sur la langue d'usage.

Si nous inscrivons dans une perspective culturelle le problème de la prestation des services socio-médicaux destinés à la population vivant au Québec, le tableau sur la langue maternelle (Tableau 3) revêt une importance spéciale puisqu'il constitue un indice majeur de l'appartenance culturelle de la personne. Cette information doit cependant être complétée par des informations sur la langue d'usage de la personne, langue qu'elle sera à même d'utiliser lors de ses consultations dans les établissements du réseau. Même si nous mettons principalement de l'avant dans notre document la thèse d'une prise en considération de la dimension culturelle dans les services, il ne nous en semble pas moins capital de dresser le tableau de la compétence linguistique de la population. Une série de statistiques (Tableau 4) empruntées à l'étude de Termotte permet de bien illustrer la situation.

TABLEAU 3

Bilan démolinguistique par langue maternelle, Québec 1976-1981

(après correction et exprimé en milliers)

	Français	Anglais	Autre	Total
Population au 01 juin 1976	5 203	822	402	6 428
+ Naissances	418	45	24	486
- Décès	(178)	(26)	(12)	(216)
+ Immigrants interprovinciaux	41	31	5	76
- Emigrants interprovinciaux	(57)	(145)	(24)	(225)
+ Immigrants internationaux	36	18	46	100
- Emigrants internationaux	(64)	(19)	(4)	(87)
= Population au 03 juin 1981	5 399	726	437	6 561
Accroissement naturel	240	19	11	270
Accroissement migratoire				
. interprovincial	(16)	(114)	(19)	(149)
. international	(28)	(1)	42	12
. total	(44)	(115)	23	(137)
Accroissement total	195	(96)	34	134

Ces statistiques globales sont indicatrices de la situation linguistique générale à Montréal et à ce titre, elles sont fort utiles. Elles ont cependant besoin d'être complétées par des données sur la concentration des groupes par langue maternelle dans les différents territoires du Montréal Métropolitain. Ottmann-Clish (1984) a fait un

TABLEAU 4

Bilan démolinguistique par langue d'usage, Québec, 1976-1981

(après correction et exprimé en milliers)

	Français	Anglais	Autre	Total
Natalité	7,8	5,2	7,8	7,5
Mortalité	(3,3)	(3,4)	(2,7)	(3,3)
Immigration interprovinciale	0,7	4,1	0,8	1,2
Emigration interprovinciale	(0,8)	(19,7)	(3,8)	(3,5)
Immigration internationale	0,7	2,5	13,6	1,5
Emigration internationale et solde des transferts linguistiques	(2,4)	(8,2)	(9,4)	(1,3)
Total	2,6	(3,1)	6,3	2,1
Taux quinquennal d'accroissement:				
- naturel	4,5	1,8	5,3	4,2
- migratoire total	(1,9)	(4,8)	1,3	(2,1)
. interprovincial	(0,1)	(15,4)	(3,0)	(2,3)
. international (+ transferts)	(1,8)	10,6	4,3	0,2
- total	2,7	(3,1)	6,5	2,1

tel exercice pour les territoires desservis par les C.L.S.C., indiquant pour chacun des territoires quel était selon le recensement de 1981 le pourcentage de la population qui n'avait ni le français ni l'anglais comme langue maternelle; les statistiques révèlent que plusieurs C.L.S.C. desservent plus de 20 % d'allophones. En voici une liste partielle:

- Parc Extension 67,46 %
- St-Louis-du-Parc 44,59 %
- Côte-des-Neiges 36,43 %

Soucieux de mieux connaître la diversité culturelle de la population habitant leur territoire, certains C.L.S.C. ont mené des enquêtes ponctuelles ou analysé plus en détail les données démographiques disponibles. C'est le cas par exemple pour le C.L.S.C. de St-Louis-du-Parc (Séguin:1984) dont la population totale de 45 171 se distribue de la manière suivante:

- 18 920 de langue maternelle française (41,9 %)
- 6 375 de langue maternelle portugaise (14,1 %)
- 6 085 de langue maternelle anglaise (13,5 %)
- 4 620 de langue maternelle grecque (10,2 %)
- 1 980 de langue maternelle chinoise (4,4 %)
- 1 785 de langue maternelle espagnole (4,4 %)
- 1 615 de langue maternelle italienne (3,6 %)
- 3 640 d'autres langues maternelles (8,1 %)

On peut tirer de ces statistiques sommaires quelques conclusions générales qui sont d'utilité pour toute réflexion sur le problème de l'adaptation linguistique et culturelle des services. Si on exclue les grandes communautés linguistiques, celles formées par les Italiens, les Grecs, les Portugais, les Juifs et plus récemment par les Haïtiens, on

se doit de constater que toutes les autres communautés comprennent moins de 20 000 membres. Outre le fait que le Québec, Montréal surtout, soit habité par une centaine de groupes de langue différente, la majorité comptant peu de personnes, il nous faut noter le fait que la plupart de ces groupes ne vivent pas en "ghetto" et qu'ils sont généralement dispersés en petites concentrations ici et là sur l'ensemble du territoire. Le cas du C.L.S.C. de St-Louis-du-Parc illustre bien l'extraordinaire hétérogénéité culturelle de Montréal; il ne faudrait pas cependant penser que tout le territoire de Montréal est constitué par une telle mosaïque, de larges proportions de l'Est ou de l'Ouest de la ville étant à très forte majorité francophone ou anglophone.

Le Canada a traditionnellement accueilli deux catégories d'immigrants: d'un côté, des personnes hautement qualifiées et disposant généralement d'un assez bon capital financier, et de l'autre, des personnes jeunes, peu instruites, en bonne santé et considérées comme aptes à remplir des fonctions peu rémunérées. Avec l'augmentation au cours des dernières années de l'immigration en provenance des pays du Tiers-Monde, la proportion des personnes appartenant à la seconde catégorie a nettement augmenté au détriment de la première. C'est le cas par exemple de la population haïtienne: les immigrants et réfugiés haïtiens de la dernière vague proviennent en effet en majorité du prolétariat urbain de Port-au-Prince et des régions rurales du pays alors que la première vague d'immigrants était surtout composée de membres des professions libérales et de professeurs. La plus faible

scolarisation des nouveaux arrivants n'est pas sans influencer fortement leur degré d'enracinement culturel.

Cet enracinement dans la culture d'origine est sans doute, dans l'ensemble des communautés culturellles, plus fort chez les femmes que chez les hommes si on se fie aux résultats d'une enquête récente: sur les 156 000 femmes que le Québec a accueillies de 1968 à 1980, 68 % ne parlaient pas le français à leur arrivée, 44 % ne possédaient qu'un diplôme d'études primaires ou secondaires, plus de 25 % n'avaient jamais fréquenté l'école et 54 % d'entre elles étaient mariées; la moyenne d'âge de ces immigrantes étaient de 27 ans. Le groupe des femmes immigrantes se divise nettement en deux catégories: d'un côté les Françaises, les Américaines et les Britanniques qui sont instruites, et de l'autre, les Haïtiennes, les Vietnamiennes, les Grecques et les Portugaises qui n'ont généralement pas dépassé l'école primaire. Il est sûr que cette situation des femmes a une influence directe sur les formes d'éducation familiale et sur le maintien des valeurs culturelles dans leur groupe d'appartenance.

Il nous semble important d'insister sur une autre caractéristique des populations immigrantes qui se sont récemment installées au Québec. Plusieurs auteurs ont vanté avec raison leur extraordinaire contribution à la vie économique du Québec (Larouche:1986). Dans ce contexte, il ne faut cependant pas oublier de parler des difficiles conditions dans lesquelles travaillent un pourcentage élevé de femmes immigrantes. Même

si nous disposons de peu de statistiques précises, nous pouvons nous faire une idée de la situation du travail et des répercussions de celle-ci sur la vie quotidienne dans de nombreuses familles immigrées: 60 % de la main-d'oeuvre de l'industrie du vêtement qui compte environ 60 000 employé(e)s sont des femmes immigrées; 90 % du personnel domestique sont aussi des femmes immigrées et enfin, celles-ci constituent un pourcentage important des quelque 50 000 femmes travaillant à domicile pour l'industrie du vêtement. Il nous semble d'autant plus important de rappeler ces conditions de travail, qu'elles entraînent des conséquences importantes au niveau de la vie quotidienne des familles immigrantes. Les femmes qui sont appelées à travailler en dehors du foyer dans les occupations que nous venons de décrire ont généralement de jeunes enfants qu'elles se doivent de faire garder puisqu'elles ne peuvent se payer le "luxe" de la garderie; coincées qu'elles sont dans cette situation, elles ont alors tendance à faire appel à des membres de leur famille, soit une tante, soit une grand-mère, qu'on fait éventuellement venir du pays pour garder les enfants. Plusieurs travaux sociologiques ont récemment mis en évidence l'importance de ce phénomène dans certaines communautés culturelles de Montréal, phénomène qui n'est pas indifférent lui non plus au maintien de l'enracinement culturel chez les enfants d'immigrants.

Nous nous devons enfin de rappeler le fait que l'arrivée au Québec d'une large proportion d'immigrants d'origine antillaise, latino-américaine et sud-asiatique, s'est déroulée dans un contexte général de

violence. Plusieurs parmi les arrivants sont en effet des réfugiés qui ont vécu un déracinement rapide, la séparation des membres de leur famille et un séjour plus ou moins long dans des camps de réfugiés. On sait que 80 000 réfugiés du Sud-Est asiatique sont entrés au Canada entre 1975 et 1983 et qu'environ 16 000 d'entre eux se sont installés au Québec (Tepper:1980).

Le portrait rapide que nous venons d'esquisser du Québec multiculturel permet de prendre conscience de la complexité des problèmes que pose l'adaptation linguistique et culturelle de nos services socio-médicaux. Des réponses sont cependant possibles et c'est à leur présentation et discussion que sont consacrées les pages suivantes.

3. Communautés culturelles et accessibilité des services socio-médicaux

Nous étudions ici les points de vue ainsi que les prises de positions (cf recommandations) clairement définis par les communautés culturelles concernées par une problématique reliée essentiellement à une meilleure accessibilité aux services socio-médicaux québécois.

Pour ce qui est des recommandations principales du Comité de Travail sur l'Accessibilité des Services Sociaux aux Communautés

Culturelles (CTASSCC:1985) qui regroupe au sein du Québec et principalement de la ville de Montréal une cinquantaine d'associations culturelles: "il devient urgent que les organismes gouvernementaux assouplissent leurs interventions et recherchent les moyens adéquats face à cette nouvelle population québécoise représentée par les communautés ethniques; afin d'assurer à celles-ci des services d'une qualité égale à celle offerte au reste de la population". Ainsi (selon eux), un sentiment très net d'inégalité face aux services de soins prévaut de façon significative au sein des communautés ethniques.

Ces lacunes gouvernementales sont reconnues et en partie comblées semble-t-il, non par une action gouvernementale, mais par des organismes issus des communautés ethniques concernées. La problématique majeure à leurs yeux se trouve surtout centrée sur le problème linguistique rencontré dans les organismes gouvernementaux, à savoir: difficultés ou impossibilités de référence à un "pool" d'interprètes; problèmes visant la traduction, l'orientation, et le "counselling"; etc. Pour fonctionner, les organismes communautaires issus des communautés ethniques sont donc obligés, disent-ils, de se créer leurs propres ressources au sein du réseau, voire même des services socio-médicaux parallèles au réseau, qui répondent mieux aux yeux des usagers aux exigences que ceux-ci en ont. Le réseau officiel actuel semble générateur de peur pour les usagers issus des communautés ethniques ou alors, il leur est très peu connu. On introduit ici les principales

causes de la sous-utilisation ou la non-utilisation desdits services. Notions sur lesquelles nous reviendrons tout au long de ce rapport.

La ou les barrières reconnues par le CTASSCC (1985) face à cette non-accessibilité est de nature double. Linguistique d'abord, nous l'avons vu, mais aussi culturelle, car "s'ils entendent, nous dit-on, ils ne comprennent pas". Pour cela, il semble urgent pour tous de faire reconnaître la compétence linguistique et culturelle des organismes communautaires, ceci à l'échelon gouvernemental, par l'allocation de budget, financements divers, et par une "étroite coopération". De plus, la CTASSCC recommande l'implantation de programmes de formation interculturelle destinés au personnel des établissements socio-médicaux et des organismes communautaires en tenant compte à la fois des dimensions culturelles et sociales, mais aussi de celles relatives au domaine purement médical, comme le diagnostic des maladies tropicales, la santé des immigrants, la torture, la santé mentale, etc.

Après lecture et analyse des nombreuses recommandations issues des communautés ethniques elles-mêmes et principalement du CTASSCC (1985) et du Comité Sirros (1985), ce qui ressort nettement, c'est le besoin urgent qu'ont les communautés culturelles, une fois les problèmes définis, démontrés et reconnus, de se faire "reconnaître et financer par le gouvernement". A priori, il semble pour ne prendre que le seul exemple du bénévolat, que celui-ci ne peut actuellement suffire comme palliatif face à une situation décrite par tous comme urgente, sérieuse

et absolument nécessaire. Le bénévolat à temps plein est inconcevable dans une société où tout se monnaie. Le CTASSCC se propose d'ailleurs de façon implicite d'assumer le rôle de "superviseur général" (cet organisme regroupe, nous l'avons déjà mentionné, une cinquantaine d'associations culturelles très diverses les unes des autres, ce qui tend à lui conférer un statut à ses yeux de crédibilité solide) dans le but d'obtenir à l'échelon gouvernemental une place, un rôle, une mission propre, relative à ces notions d'accessibilité aux services socio-médicaux, et par là même d'obtenir un budget annuel nécessaire à son fonctionnement. Ainsi derrière ces dernières recommandations, se cache un désir, non clairement défini face aux pouvoirs actuels, d'intégration et non plus de coopération ou "d'étroite coopération".

Cependant, dans un tout autre sens, certaines communautés ethniques ne tiennent pas à ce regroupement, à la création d'un collectif multi-ethnique unique. Elles seraient plutôt d'avis qu'au sein des services socio-médicaux de la province, et selon la répartition géographique et démographique de ces communautés ethniques, qu'un consensus de financement gouvernemental soit réparti de façon équitable dans chaque communauté ou association ethnique selon leur importance numérique et les problématiques particulières rencontrées.

L'optique ici n'est plus "généraliste" comme dans le cas précédent, mais beaucoup plus axée sur des actions individualistes au sein des organismes socio-médicaux gouvernementaux, par une dynamisation interne

(en se donnant les moyens financiers nécessaires, permettant des enquêtes pertinentes, l'élaboration d'une bibliographie spécifique, pour une reconnaissance exacte des besoins prioritaires) mais aussi externe en dynamisant à leur tour les différents organismes socio-médicaux du réseau et de son personnel. L'important ici est d'être pris en compte individuellement (culturellement et linguistiquement) et non plus comme une catégorie nosographique particulière de la population québécoise, celle d'où a priori émerge le plus de problèmes et de difficultés à savoir la catégorie des immigrants ni francophones ni anglophones.

RÉFÉRENCES

COMITÉ AVISEUR
1985 Rapport au groupe de travail au sujet de la politique d'accessibilité aux services socio-sanitaires des C.L.S.C. (rapport ronéotypé), /février/

C.T.S.S.C.C.
1985 Rapports annuels, 1984, 1985, (rapport ronéotypé)

LAROUCHE, Daniel
1986 "Les communautés ethniques; une contribution significative à la vie économique du Québec", in Forces, 73, 17-28

LEBEL, Bertrand
1986 "Les relations entre les membres des communautés culturelles et les services sociaux et de santé", Conseil des communautés culturelles et de l'immigration du Québec, /janvier/

LINTEAU, P.A., DURROCHER, R., ROBERT, J.C., et RICARD, F.
1987 Histoire du Québec contemporain II: Le Québec depuis 1930, Montréal: Boréal

M.C.C.I. (par Baillargeon, M. et Sainte-Marie, G.)
1984 Caractéristiques ethno-culturelles de la population du Québec, (rapport ronéotypé)

OTTMANN-CLISH, Liane
1984 Analyse préliminaire de la composition linguistique de la population des C.L.S.C. de la région du Montréal Métropolitain, Montréal, C.S.S.S.R.M.M.M. (rapport ronéotypé)

SEGUIN, Jean-Marc
1984 St-Louis-du-Parc en 1981: Etudes des caractéristiques du quartier à partir des données de Statistique Canada, Montréal, Service de Développement Communautaire (rapport ronéotypé)

TEPPER, E.L. (ed.)
1980 D'un continent à un autre: les réfugiés du Sud-Est asiatique, Ottawa, Association Canadienne des Etudes Asiatiques

TERMOTTE, Marc, GAUVREAU, Danielle
1987 La situation démolinguistique du Québec, Québec: Office de la Langue Française (en instance de publication)

PARTIE I

Eléments d'un cadre conceptuel: ethnicité, politiques d'immigration et approche culturelle des problèmes socio-médicaux

La valeur des concepts et des théories se mesure à leur opérationnalité et à leur capacité de produire des résultats lorsqu'ils sont appliqués à l'analyse de données concrètes. Un trop grand appareillage conceptuel risque d'être inutilement lourd et de finir par obscurcir la réalité que le chercheur prétend clarifier; l'absence de théorie conduit quant à elle à une description souvent banale des faits, description qui est ouverte à toutes sortes d'interprétations. Plus les domaines soumis à l'analyse sont complexes, plus il est important de mettre en place un corpus conceptuel qui explicite les référents théoriques des chercheurs ainsi que le cadre dans lequel ils donnent sens à la réalité décrite.

Cette première partie vise précisément à mettre en place l'appareillage théorique qui nous semble le plus susceptible de permettre une compréhension adéquate des phénomènes de l'ethnicité et de l'adaptation culturelle des services socio-médicaux dans le contexte de politique linguistique et culturelle particulier au Québec. Après avoir discuté de la validité relative des concepts et théories généralement utilisés par les auteurs (approche culturaliste; approche sociologisante; approche psychologisante centrée sur l'identité; ...) dans leurs travaux sur les "groupes ethniques", nous sélectionnons quelques concepts-clé, comme ceux d'ethnicité comportementale et idéologique, qui nous apparaissent comme particulièrement riches pour une juste interprétation de la situation des communautés culturelles dans le contexte québécois; sans prétendre proposer une analyse critique

de l'ensemble des recherches faites au Québec relativement aux communautés ethniques, nous disons ensuite quelques mots de l'orientation qui domine dans les études que les chercheurs du Québec mènent pour le moment. Le premier chapitre se clôt sur la présentation d'un court glossaire reprenant quelques mots d'importance majeure dans les documents officiels de présentation des politiques culturelles et d'immigration.

C'est précisément au contenu de ces politiques que le second chapitre est consacré: ces politiques guvernementales en matière linguistique, culturelle et d'immigration nous sont apparues claires dans leur formulation juridique mais nous notons un certain nombre d'incohérences du point de vue de leur application, incohérences que nous relions dans notre interprétation à deux variables majeures: une certaine ambivalence et ambiguité dans les politiques du gouvernement actuel, d'une part, et la complexité de la situation linguistique du Québec, d'autre part. La communauté anglophone a en effet historiquement constitué un creuset où se sont intégrés une proportion importante des immigrants en sorte que les politiques gouvernementales québécoises cherchent à inverser un mouvement qui continue de fait à recevoir un appui des politiques canadiennes de multiculturalisme et de bilinguisme. Nous nous attardons à discuter dans ce second chapitre des problèmes concrets que fait surgir l'absence de cohérence de l'ensemble des politiques canadienne et québécoise, tout en reconnaissant que les politiques du Québec présentent des orientations claires.

Le troisième chapitre constitue l'épine dorsale de ce rapport dans la mesure même où il met en place l'ossature qui doit permettre d'édifier une véritable approche ethnoculturelle de la maladie et des problèmes sociaux. Ce chapitre pourrait à la limite se lire indépendamment des autres mais paradoxalement, il constitue l'horizon sur le fond duquel toutes les autres parties de notre document prennent sens: nos recommandations trouvent ici même leur ancrage; les critiques que nous adressons à certaines propositions faites par des organisations culturelles ou des institutions ne se comprennent que si elles sont lues à la lumière du contenu de ce chapitre 3. Nous avons utilisé une perspective pédagogique dans la présentation de notre compréhension des rapports entre culture et problèmes socio-médicaux: quatre espaces de contact ont été identifiés et chacun a été présenté dans sa spécificité.

1. Les orientations majeures dans les études sur l'ethnicité et les communautés culturelles

Les spécialistes des sciences sociales en Amérique du Nord, aux Etats-Unis surtout, se sont beaucoup intéressés au problème de l'ethnicité et à celui du processus d'assimilation des différents groupes culturels immigrés (Thernstrom:1980, Van den Berghe:1981). Leurs contributions sont marquées par l'idéologie de la construction nationale qui se fait à partir de l'incorporation (melting pot) d'éléments d'origines ethniques diverses, excluant cependant en grande

partie les Amérindiens et les Noirs, plaçant du moins dans les débuts de leur immigration, Chinois et Japonais à la périphérie du système national et assignant aux Irlandais et Italiens catholiques une position dans le monde ouvrier. Les chercheurs reconnaissent implicitement dans leur réflexion que les processus d'assimilation et d'intégration dans le contexte de la politique du "melting pot" ont historiquement conduit aux Etats-Unis à une hiérarchisation entre les groupes ethniques, certains auteurs allant jusqu'à analyser les rapports entre groupes à partir de la théorie de la lutte des classes. A cause de la domination dans les sciences sociales nord-américaines des modèles théoriques libéraux, les études sur la stratification ethnique demeurèrent cependant toujours fort minoritaires et les chercheurs eurent assez souvent tendance à insister sur l'idéologie de "l'égalité des chances pour tous".

1.1 Principaux modèles et concepts dans les recherches sur l'ethnicité

Les concepts théoriques qui ont dominé les études sur les communautés culturelles ont été le plus souvent empruntés par les chercheurs nord-américains aux courants du culturalisme et du fonctionnalisme. Les définitions d'un "groupe ethnique" données par les principaux chercheurs insistent en effet le plus souvent sur le partage par des individus d'un même ensemble de valeurs et croyances, d'une même langue, d'une même histoire et d'une même identité. Barth (1964) signale pour sa part que c'est un ensemble de facteurs interreliés qui permet de classifier une personne:

> "... in terms of his basic, most general identity, presumptively determined by his origin and background. To the extent that actors use ethnic identities ... for purposes of interaction, they form ethnic groups" (1964:13-14)

Schermerhorn se place encore plus explicitement que Barth du côté strictement culturaliste dans son appréciation de l'ethnicité:

> "... an ethnic group is ... a collectivity within a larger society having real or putative common ancestry, memories of a shared historical past, and a cultural focus on one or more symbolic elements defined as the epitome of their peoplehood ... A necessary accompaniment is some consciousness of kind among members of the group" (1970:12)

L'accent mis par les culturalistes sur les notions d'identité ethnique, d'histoire, de valeurs et de langue communes les a amenés à poser en des termes spécifiques le problème du processus d'assimilation. Les mythes corollaires du "melting pot" et de "l'égalité des chances" conduisaient à exiger de chaque immigrant qu'il abandonne ses racines ethniques pour mieux assumer la nouvelle identité d'américain. Cette thèse assimilationniste repose sur la prééminence absolue des valeurs américaines et sur la conviction que l'éducation, l'urbanisation, l'industrialisation et l'accession à un certain bien-être économique finissent par faire disparaître les tendances particularistes de l'ethnicité au profit de valeurs davantage universelles, transculturelles, lesquelles seraient précisément américaines. Talcott Parsons, un sociologue qui a profondément influencé toutes les sciences

sociales américaines et qui s'est fait comme la plupart de ses collègues le chantre de l'idéologie du "melting pot", est allé jusqu'à écrire:

> "Les structures rigides qui apportaient aux communautés ethniques une certaine cohésion après leur arrivée sur le sol américain ont maintenant disparu et ne subsistent plus que sous la forme de souvenirs, les minorités en question ayant été transformées essentiellement en groupes culturels symboliques" (1981:66)

La discussion du problème de l'existence aux Etats-Unis d'une culture dominante, celle des WASP, à côté des autres communautés ethnoculturelles qui maintiennent à des degrés divers une identité culturelle et politique, est soigneusement évitée par la plupart des chercheurs (pour une critique approfondie de l'approche de Talcott Parsons et de son école, voir Bernier, Elbaz et Lavigne, 1978).

Un certain nombre d'auteurs se sont opposés à l'approche culturaliste stricte qui conçoit l'étude des groupes ethniques uniquement à travers l'examen de la transformation des cultures spécifiques originelles et de leurs modes d'intégration dans la "super-culture américaine". Parmi eux, Gans a proposé dans son célèbre livre The Urban Villagers (1962) de comprendre la vie dans un quartier italien de Boston non pas d'abord en termes de sous-culture mais plutôt en termes de sous-système social; ces traits qui y dominent sont principalement ceux de la classe ouvrière américaine. Les anthropologues québécois Bernier, Elbaz et Lavigne qui se sont

intéressés à cette étude écrivent:

> "Gans ne nie pas la présence d'éléments caractéristiques des Italiens, mais pour lui, ce qui définit l'essentiel de la sous-culture du quartier, ce ne sont pas ces éléments spécifiques, mais bien un ensemble de traits liés à une situation de classe donnée. (...) Il va même jusqu'à expliquer des éléments spécifiques respectivement des ouvriers italiens et des ouvriers irlandais par la situation de classe de ces deux groupes dans leur pays d'origine: ouvriers agricoles sans-terre dans le sud de l'Italie, paysans propriétaires en Irlande" (1978:16)

Sans rejeter totalement l'approche culturaliste, Gans illustre bien un courant théorique qui situe l'analyse des groupes ethniques dans le contexte socio-économique de la société d'adoption. Certains chercheurs plus radicaux iront plus loin dans cette direction en contestant l'idéologie de l'égalité des chances et en démontrant que les rapports interethniques ne sont qu'un cas particulier du conflit de la lutte des classes dans les sociétés capitalistes (Jordan:1968, Ertel et al.:1971). C'est surtout dans le groupe de ces derniers auteurs que les concepts de "préjugé ethnique ou racial", de "minorité", d"impérialisme culturel", d"assimilation-intégration" ont été discutés avec le plus de rigueur.

Parallèlement aux approches culturalisantes et sociologisantes, s'est développé un puissant courant théorique qui expliquait l'ethnicité en termes psychologiques; il est essentiel d'en dire un mot à cause de l'influence qu'il a exercé dans les études sur l'ethnicité. Les chercheurs psychologisants ont eu tendance à expliquer les différences dans les comportements entre les personnes appartenant à divers groupes

culturels en référence à des caractéristiques psychologiques collectives; certains ont identifié l'existence d'une personnalité de base ou d'une personnalité modale, pour expliquer pourquoi les membres d'un même groupe culturel ont tendance à partager les mêmes conceptions, les mêmes attitudes et les mêmes comportements. En anthropologie, ce sont les auteurs qui se rattachaient au courant de "culture et personnalité" et en psychologie, ceux appartenant au courant de la psychologie sociale qui ont eu tendance à lire les différences interculturelles en termes psychologiques. On peut dire que ces études ont de façon générale conduit à une certaine caricature des groupes parce que les auteurs cherchaient à trop insister sur la spécificité et la différence sans s'intéresser à souligner ce qui était commun aux différents groupes. A la limite de ces recherches et pour illustrer les dangers de toute idéologie en science, il nous faut rappeler les travaux du psychologue généticien Jensen qui l'ont conduit à affirmer que l'intelligence est uniquement transmise par hérédité et qu'elle est par le fait même répartie différemment selon les groupes ethniques. Une thèse aussi absurde qui contredisait les résultats de multiples recherches sur l'influence de l'environnement dans la formation de l'intelligence et de la personnalité n'a pourtant pas manqué d'adeptes dans la mesure même où elle venait appuyer la stratification socio-économique historiquement mise en place dans la société nord-américaine. Le retour puissant du courant sociobiologique nous oblige à signaler la possible résurgence d'une telle façon de penser les différences interculturelles.

Dans son essai introductif au célèbre livre Ethnicity in the Americas (1976), l'anthropologue montréalais de l'Université McGill, Dan Aronson, propose plutôt de comprendre l'ethnicité à la façon d'une idéologie qui essaie d'exprimer une spécificité politique au sein d'un rapport de forces entre groupes. Aronson a bien systématisé une façon de mener les études sur l'ethnicité qui fut mineure comparativement aux approches culturalisantes, sociologisantes et psychologisantes déjà décrites, mais qui semble néanmoins avoir toujours existé et qui est particulièrement vigoureuse de nos jours. C'est par rapport au problème de l'assimi-lation que ces auteurs ont réfléchi la question de l'ethnicité; les groupes culturels utiliseraient leurs différences pour des fins politiques en compétitionnant avec les autres groupes ethniques. Aronson illustre ce que cela signifie en se référant aux populations noires des Etats-Unis:

> "From an earlier concern with "integrating" into American society by moving up the class ladder once its barriers were removed, black people began to argue that they saw no reason to "integrate", and that although they wanted CLASS barriers removed, they wanted to pursue a set of values not shared by others in American society. Not only did they themselves begin to become an ethnic group at that point, but also they set in train a restructuring of self-perceptions by others that is the "new ethnicity" in America" (1976:15-16)

L'approche qui comprend comme Aronson l'ethnicité comme une "idéologie de combat" a conduit les chercheurs à s'intéresser à l'entrée sur la scène politique des leaders ethniques, au support que leurs

groupes respectifs leur ont donné, au rôle joué dans les groupes par les entrepreneurs ethniques.

Cette résistance à l'assimilation qu'implique la politique américaine du melting pot (voir Cazemajou et Martin, 1983, pour une bonne analyse de la crise du melting pot) introduit bien à un bref examen des études sur l'ethnicité qui furent conduites dans le cadre de l'idéologie canadienne du "multiculturalisme" tel que pratiqué dans un contexte de bilinguisme. On retrouve en fait chez les auteurs canadiens, tels Porter (1985), Breton (1980;1987) qui ont dominé le champ des études ethniques au Canada, les mêmes approches et concepts théoriques que chez les américains mais ceux-ci sont évidemment situés dans le contexte des politiques et de l'histoire de l'immigration au Canada, lesquelles sont considérablement différentes de ce qu'on trouve aux Etats-Unis. La Loi sur les langues officielles votée en 1969 et l'introduction de la politique du multiculturalisme à partir de 1971 ont conduit depuis une quinzaine d'années à des modifications importantes dans les rapports entre les divers groupes ethniques canadiens et plus spécialement encore entre le vaste groupe des allophones et les descendants des "deux peuples fondateurs". La société pluraliste qui est proposée dans les politiques culturelles et d'immigration du Canada permet de penser autrement qu'aux Etats-Unis ce qui touche au maintien des valeurs culturelles des groupes ainsi que le problème de la hiérarchisation socio-économique entre les groupes ethniques.

Certains chercheurs pensent que le fait d'étendre le principe du libéralisme jusque dans le champ du culturel à travers la promotion du multiculturalisme avait au moins partiellement pour but de dissoudre en quelque sorte l'affrontement historique entre les communautés linguistiques francophone et anglophone dans le creuset de la multiplicité culturelle. Raymond Breton, un francophone professeur à l'Université de Toronto, a bien étudié ce problème et dégagé pour le comprendre le concept éclairant de "complétude institutionnelle"; travaillant sur le maintien de l'identité culturelle, l'intégration sociale et le degré de discrimination dont font l'objet une trentaine de communautés culturelles de Toronto, Breton a pu démontrer que le degré de complétude institutionnelle (c'est-à-dire le niveau de développement du réseau d'institutions: écoles, églises, commerces, associations ...) est déterminant pour comprendre la position d'un groupe au sein de la société d'accueil:

> "Si l'on place cette complétude sur un continuum, on constate que certaines communautés ethniques n'ont presque rien (c'est le cas des Allemands de Toronto où le taux d'assimilation linguistique et culturelle est très fort), alors que d'autres communautés (juive, chinoise) ont atteint un niveau de complétude institutionnelle assez élevé. A mon avis, c'est l'éventail du type d'institutions mis en place, beaucoup plus que leur nombre, qui permet de répondre aux besoins des immigrants. C'est une notion très pertinente pour expliquer l'orientation et l'intégration des immigrants dans leur communauté d'adoption" (1987:7)

C'est aussi à partir du système institutionnel que Breton propose de comprendre les tensions entre francophones et anglophones:

> "Le Québec possède un degré très élevé de complétude institutionnelle mais encore incomplet. Par exemple, certains francophones ne peuvent travailler dans leur langue, ce qui cause des tensions très importantes entre les deux peuples, et les anglophones contrôlent encore certaines institutions politiques et économiques. Le Québec désire ce contrôle. Son principal atout est de pouvoir compter sur une population très regroupée et culturellement homogène, ce qui n'est pas le cas du Canada anglais" (1987:7)

Si déjà à partir de Toronto, la question de la spécificité linguistique du Québec doit être posée pour réfléchir la pratique du multiculturalisme et du bilinguisme dans l'espace québécois, il n'est pas étonnant que de nombreux chercheurs québécois, tant francophones qu'anglophones ou qu'immigrants récents, aient été amenés à donner une place éminente à la question linguistique chaque fois qu'ils discutent de multiculturalisme. Trois exemples récents nous permettent d'illustrer cette problématique. Nous commençons par livrer les propos fort suggestifs d'un sociologue anglophone québécois, Gary Caldwell qui défend dans le numéro spécial de la revue Liberté intitulé "Watch ta langue", une position fort éloignée de celle d'un groupe comme Alliance-Québec:

> "Le maintien des libertés et de la qualité de vie que la tradition occidentale nous a léguées dépend du maintien des petites nations comme la Pologne, l'Ecosse, le Chili et le Québec. L'existence de ces petites nations assure une hétérogénéité culturelle et un échiquier géo-politique fluide, sans lequel l'emprise totale des empires ne saurait tarder" (1987:7)

Poursuivant sur les plus grandes chances d'esprit démocratique et de cohésion communautaire dans les petites nations, Caldwell ne s'inquiète pas des effets éventuellement perçus comme anti-démocratiques de la loi de protection de la langue française au Québec mais il met plutôt en évidence la nécessité d'établir des positions claires à ce sujet:

> "On ne peut vivre au diapason de la charte (le Québec en a une à lui) et de la loi 101 en même temps; il va falloir choisir. Autrement, la particularité du Québec, dont le dénominateur commun le plus évident est la langue française, disparaîtra" (1987:9)

Pierre Anctil, un historien francophone du Québec qui travaille à l'Institut Québécois de Recherche sur la Culture, insiste dans le dernier numéro de la revue Vice Versa sur la place éminente que joue la langue dans la définition de l'identité québécoise. Après avoir démontré que les Québécois de souche francophone sont d'abord des nord-américains, des minoritaires dont l'identité ressemble à celle de toutes les minorités, et des bricoleurs qui ont construit leur propre culture en empruntant des éléments aux Amérindiens et Irlandais surtout, pour les conjuguer au fonds culturel français de base, Anctil présente la langue comme le lieu de l'enjeu primordial qui organise tout le reste:

> "Au Québec, la langue française joue un rôle de véhicule identitaire en donnant aux trois premiers éléments cités une couleur bien particulière, en les actualisant dans un contexte linguistique, lui-même minoritaire, jetant ainsi une lumière encore plus vive sur les particularités d'une longue expérience historique nord-américaine" (1987:7)

Enfin, des écrivains comme Fulvio Caccia et Lamberto Tassinari qui s'identifient à la communauté italienne pensent que l'ouverture à l'altérité doit pouvoir s'inscrire au coeur même de la langue française telle qu'elle est parlée au Québec; ils ont forgé le concept de "transculture" pour exprimer leur point de vue sur ce que pourrait être le français parlé au Québec. S'opposant à l'intelligentsia québécoise francophone qui veut maintenir un certain purisme dans la langue, ils écrivaient récemment:

> "La langue et ses avatars, l'infériorité démographique et économique du Québec trouvent là leur dépassement, leur en deçà qui reconnecte le pays à la diversité foisonnante du présent. C'est dans cette mesure seulement que le français peut être interprété, transformé par les autres. Alors son rayonnement ne sera plus tributaire d'une loi ou d'un Etat mais bien de la vigueur et de l'originalité de ses oeuvres. Dans cette perspective, l'intervention législative en matière linguistique est certes requise mais doit prendre en considération toute la dynamique de la singularité sociale et historique du Québec. L'usage intensif du français pratiqué par ces jeunes artistes anticipe un renouvellement radical de la langue qui peut inspirer une politique inédite. Que sera le français dans 30 ans? Son destin est lié tout entier à son ouverture, à sa polyvalence qu'enrichissent d'autres voix, au risque même de sa métamorphose. Au crépuscule de la modernité, avec cette légèreté que lui confère sa position unique de faiblesse forte, le français du Québec pourrait devenir la lingua franca de la transculture en Amérique du Nord." (Le Devoir, 28 juillet 1986:7)

Nous présentons dans la section suivante (1.2) les grandes lignes de la politique québécoise en matière culturelle et linguistique, laquelle se caractérise globalement par la primauté donnée à la langue

française, la protection de la langue de la minorité anglophone dans ses institutions de services, et par un souci de maintenir les traits culturels et la langue des communautés immigrantes. Comme nous aurons à préciser dans le détail ce qu'implique concrètement le respect des caractéristiques culturelles des communautés ethniques nous nous limitons ici à fournir quelques informations sur les rapports que la population immigrante allophone du Québec entretient avec les communautés linguistiques francophone et anglophone. Pour discuter de ce difficile problème, il nous semble utile de partir des positions défendues par Alliance-Québec, regroupement qui a été particulièrement actif dans le dossier de l'affichage commercial bilingue; les positions d'Alliance-Québec seront comparées à certains points de vue exprimés par des intellectuels québécois francophones (juristes, historiens, démographes, sociologues ...) lors du colloque organisé en mars 1987 par l'Union des Ecrivains québécois et portant sur l'avenir du français au Québec.

La "crux divisionis" qui sépare de façon radicale l'intelligentsia anglophone progressiste et les intellectuels francophones, principalement ceux qui défendent des positions nationalistes, est constituée par l'interprétation à donner aux statistiques portant sur les processus d'anglicisation et de francisation; peu de statistiques sont réellement fiables dans le domaine en sorte que l'idéologie peut facilement transformer les faits. Dans le rapport qu'Alliance-Québec présentait en 1984 à la Commission permanente sur la culture, les

auteurs indiquaient que ni l'une ni l'autre des deux communautés de langue officielle ne sortait clairement avantagée du processus d'assimilation linguistique; un examen comparé des recensements de 1971 et 1981 démontrerait au contraire qu'il y a, au Québec, plus de francophones qui s'anglicisent que d'anglophones qui se francisent. Le mouvement peut avoir changé après 1981 mais telle était la tendance jusqu'à cette date. Quant aux allophones, pour l'un d'entre eux qui se francise, trois s'anglicisent, de sorte que seul le groupe anglophone profitait jusqu'en 1981 du processus d'assimilation linguistique, le gain entre les deux recensements étant d'environ 100 000 nouveaux anglophones (données fournies par le mathématicien Charles Castonguay lors du Colloque sur l'avenir du français). L'assimilation au groupe anglophone pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'une proportion très élevée des immigrants d'avant 1981 venaient des pays d'Asie dans lesquels la langue de communication est l'anglais; des changements dans la composition ethnique des arrivants entrés au Québec depuis 1981, une proportion plus importante qu'avant provenant de pays de langue latine, pourraient incliner le mouvement dans une autre direction. Quelles que soient les données précises sur l'assimilation linguistique des allophones, il n'y a pas de doute que toute politique de promotion du bilinguisme (même si on la limite dans les débats à l'affichage et par le fait même au secteur commercial) ne peut qu'être défavorable à l'apprentissage et à l'usage du français par les membres des communautés culturelles.

Si les politiques linguistiques du Québec sont contraignantes pour les allophones quant à l'apprentissage du français, elles sont néanmoins assorties de politiques culturelles qui favorisent le maintien de leur langue et culture originelle. La situation québécoise qui est rendue d'autant plus complexe que la "pratique du multiculturalisme en contexte de bilinguisme" est parallèlement proposée par le gouvernement fédéral du Canada présente pour l'immigrant un ensemble de défis et de paradoxes qu'on trouve dans très peu d'autres pays d'immigration (même le cas d'un pays trilingue comme la Belgique est différent dans la mesure où y prévaut l'unilinguisme régional qui impose le flamand dans les Flandres, l'allemand dans les cantons rédimés et le français en Wallonie, la région de Bruxelles étant la seule à posséder des communes bilingues dites à facilité). La complexité de la situation québécoise permet dans les faits aux membres des communautés culturelles de développer différentes stratégies dans les formes de leur intégration à la société d'accueil. Pour comprendre les variations entre communautés pour ce qui touche à leur survivance comme ensembles culturels distincts et à leur degré d'intégration dans la culture dominante, les sociologues et anthropologues ont établi des distinctions fort utiles entre "l'ancienne et la nouvelle ethnicité" (Novak:1972) et entre "l'ethnicité comportementale et idéologique"

L'ethnicité comportementale caractérise les communautés culturelles dans lesquelles le système distinctif de valeurs et la langue continuent à servir de base dans les interactions à l'intérieur du groupe en

influençant également les relations avec les membres des autres groupes culturels et la participation aux institutions sociales dominantes. Cette ethnicité comportementale est le fait de la plupart des résidents de la première génération et même de la seconde lorsque ceux-ci partagent un univers culturel très différent de celui du pays d'accueil; de plus, elle est le fait des minorités ethniques fortement intégrées comme c'est le cas des groupes amérindiens et d'une partie de la minorité anglophone au Québec.

L'ethnicité idéologique caractérise les communautés dans lesquelles les traits culturels ne sont plus que les symboles de la culture antérieure; on continue à avoir certaines préférences alimentaires et à célébrer certaines fêtes mais ce ne sont plus là que des marqueurs d'une identité qui est de l'ordre du souvenir. Le réveil de certaines communautés ethniques en Amérique du Nord vise précisément à réactiver les héritages culturels des différents groupes et à souligner leur spécificité face aux caractéristiques de la culture dominante. Ce genre de réveil qu'on trouve également dans certaines communautés du Québec est généralement animé soit par des intellectuels qui valorisent leur héritage culturel soit par des "leaders ethniques" qui cherchent des avantages politiques ou économiques.

La distinction fondamentale entre l'ethnicité comportementale et idéologique fournit les instruments conceptuels pour comprendre ce que signifie l'identité culturelle d'un groupe lorsqu'il est enraciné dans

une situation nationale pluriethnique, où la culture nationale constitue déjà un donné (la culture de la majorité francophone dans le cas du Québec) mais où elle est aussi en développement à partir de l'intégration des patrimoines ethnoculturels des groupes en présence (Selim Abou:1981, Michaud:1978). Même si la politique étatique essaie de gérer rationnellement à travers un projet la diversité ethno-linguistique et culurelle, nul ne peut prévoir la configuration de la future société québécoise. Les possibilités offertes aux membres des communautés culturelles sont en effet fort nombreuses: certains peuvent choisir de s'acculturer totalement à la culture dominante, d'autres de maintenir une identité ethnique distinctive dans certains domaines, d'autres d'être biculturels ou même triculturels, et d'autres enfin de sauvegarder à tout prix leur identité originelle. Les politiques culturelles et linguistiques orientent fortement les choix des personnes et on peut penser dans le cas du Québec, de la région métropolitaine de Montréal en tout cas, que la future société sera beaucoup plus qu'aujourd'hui construite sur la multiculturalité.

1.2 Bref bilan des études québécoises sur les communautés culturelles

Ce n'est pas le lieu de faire une revue de littérature même sommaire de l'état des travaux réalisés au Québec sur les communautés culturelles. On peut globalement affirmer qu'il s'agit d'un domaine sous-développé qui n'a attiré à date que quelques chercheurs. Comme le démontre le récent numéro spécial que la revue Forces (1986) consacrait

aux communautés culturelles, chacune de ces communautés possède pour ainsi dire son ou ses chercheurs attitrés, lesquels sont généralement issus du rang même de ces communautés: Ramirez (1982-1984) pour les Italiens; Alphalhâo et Da Rosa (1979) pour les Portugais; Constantinides et Ioannou (1983) pour les Grecs; les chercheurs du Centre de Recherches Caraïbes (Larose:1986) pour les Haïtiens; Elbaz (1985) pour les Juifs; Chan (1983), Helly et Hoe (1979) pour les Chinois; Salem (1986) pour les Arabes; Llambias-Wolff (1986) pour les Latino-américains.

La plupart de ces travaux constituent des monographies qui présentent les principaux traits de la communauté avec une attention spéciale donnée à l'histoire de la migration et à la situation socio-économique. Pour illustrer les orientations des recherches, nous avons choisi de nous centrer sur les travaux réalisés dans le cadre du chantier des communautés culturellles à l'Institut Québécois de Recherche sur la Culture. Cela est d'autant plus intéressant que la création de l'IQRC par le gouvernement québécois en 1979 s'inscrit dans son projet d'élaboration d'une politique globale de développement culturel pour le Québec.

L'Institut Québécois de Recherche sur la Culture a ainsi comme principal objectif "de contribuer au développement culturel du Québec". Pour ce faire l'Institut se doit "d'effectuer, d'encourager et de soutenir des recherches et des études sur les divers aspects des phénomènes culturels". Ne voulant pas empiéter sur les recherches déjà

en cours dans d'autres institutions québécoises (universités, ...) l'Institut a orienté ses travaux en fonction d'axes de recherche plus ou moins négligés par ces institutions. Un des axes de recherche retenu par l'Institut est l'étude des communautés ethno-culturelles. Monsieur Gary Caldwell (1983) est actuellement le responsable de ce chantier à l'Institut. Les quatre autres axes sont: la famille, les sexes, les générations; la culture populaire; l'institutionnalisation de la culture; les histoires régionales.

Jusqu'à présent l'Institut a surtout cherché à produire des connaissances sur les communautés culturelles. Cependant la perspective adoptée par l'équipe de chercheurs est beaucoup plus historique qu'anthropologique ou sociologique. On fait généralement le portrait de communautés (grecque, ...) à partir des documents existants et non pas à partir d'enquêtes de terrain, on s'intéresse à des phénomènes culturels datant du début du siècle (l'immigration chinoise, arabophone; la prise de contact entre la communauté juive et la communauté francophone du Québec; etc.) ou plus lointains encore (les premiers Anglo-canadiens à Québec), on reconstitue l'hisoire d'une représentation (Québec et les immigrants), etc. Ces travaux débouchent sur des bibliographies, des bilans ou des synthèses. Etant donné la perspective employée ils produisent peu de matériel neuf permettant de saisir le vécu des communautés aujourd'hui. Seules quelques publications de l'Institut concernent effectivement la vie contemporaine des communautés, comme les ouvrages collectifs sur les communautés anglophone (Caldwell et

Waddell:1982, Provost:1984, Rudim:1985) et juive (Rome, Nefsky et Obermeir:1981, Anctil et Caldwell:1984). Il n'y a actuellement en réalisation que deux projets touchant la vie contemporaine: le "projet Montréal" qui vise à faire une analyse descriptive et comparative de cinq communautés (d'origine chinoise, arabe, arménienne, portugaise et britannique) et une étude sur les enjeux contemporains de l'immigration au Québec selon les décideurs.

La perspective historique utilisée par l'équipe de l'Institut est probablement aussi responsable du choix des communautés étudiées. Ainsi on ne retrouve que des communautés traditionnelles, établies au Québec depuis 30 ans ou plus, assez longtemps pour qu'elles aient une certaine histoire, comme les communautés anglophone, chinoise, juive, grecque, portugaise, etc. Les communautés arrivées au Québec depuis une quinzaine d'années ou moins, bien qu'importantes numériquement, sont complètement délaissées. Que l'on songe aux communautés noires (Haïtiens, Jamaïquains, ...), d'Amérique du Sud (Chiliens, Guatémaltèques, ...) et du Sud-Est asiatique (Vietnamiens, Cambodgiens, ...) pour se rendre compte que toute une partie des nouvelles réalités culturelles québécoises échappe à l'attention des chercheurs de l'Institut.

Il est aussi étonnant de constater que ce sont les communautés culturellles les mieux nanties tant au niveau des ressources financières que des institutions culturellles, comme les communautés anglophone et

juive, qui font l'objet des plus nombreuses recherches et publications à l'Institut. Est-ce une orientation voulue ou la simple conséquence de la perspective historique utilisée (exigeant des documents écrits, ...)?

Il ressort ainsi de l'analyse sommaire des activités de l'Institut que cette dernière produit peu de matériel neuf permettant de saisir la vie et les problèmes des communautés culturelles aujourd'hui. En privilégiant la perspective historique et l'étude des communautés traditionnelles l'Institut risque de négliger les problèmes que pose l'arrivée récente de nombreux groupes d'immigrants au Québec, notamment les problèmes d'intégration et d'adaptation qui sont au coeur de la problématique qui nous intéresse plus particulièrement, soit celle des services de santé et des services sociaux offerts aux Néo-québécois.

1.3 De quelques mots-clé tirés des documents gouvernementaux

Dans le but d'établir un lien entre la présente section et la suivante qui est dédiée à l'analyse des politiques culturelles et d'immigration, il nous a paru intéressant de présenter un très court glossaire dans lequel sont repris les mots-clé qui reviennent dans les documents de politique québécoise. La clarté d'une politique est fonction de la qualité et de la précision des concepts employés pour la traduire. Des concepts comme "minorité", "groupe ethnique" et bien d'autres charrient des contenus à ce point ambigus que leur utilisation est source constante de confusion dans la pensée et de malentendus dans

la communication; les rédacteurs des textes gouvernementaux les ont heureusement évités, en leur préférant un vocabulaire beaucoup plus précis qui véhicule des orientations politiques claires. Dans son roman Le Montage, Vladimir Volkoff fait dire à un de ses personnages: "On m'a enseigné que pour attenter à la liberté, il faut attenter à la pensée, mais j'irai plus loin: pour attaquer la pensée il est bon d'attaquer la langue". C'est doublement vrai lorsqu'il s'agit de discuter du vocabulaire employé dans des documents qui visent précisément à sauvegarder la langue française dans l'espace du Québec.

Voici les principaux termes:

"communauté culturelle"

cette expression est préférée à groupe ethnique et il n'est nulle part fait mention de minorité

"cultures convergentes"

cette expression est utilisée pour souligner l'absence de contradiction entre les politiques d'intégration à la majorité francophone québécoise et de développement des cultures ethniques; c'est l'idée d'un rapprochement dans le respect mutuel qui est mis de l'avant

"langue mère ... langue culturelle ... langue d'usage"

la langue mère est celle qu'une personne a d'abord apprise, comprise et parlée; la langue culturelle renvoie à celle de

l'enseignement, des études et de la pensée; la langue d'usage est celle qui est quotidiennement parlée au travail et dans les relations sociales. On peut imaginer aisément une situation où l'on parle la langue maternelle à la maison et une autre langue d'usage au travail.

"communautés hôtes"

l'expression se réfère en son sens large aux communautés francophone et anglophone, aux deux nations fondatrices, étant cependant entendu que l'intégration des allophones doit se faire au Québec au sein de la communauté francophone.

D'autres termes comme "néo-québécois", "allophones", sont également employés mais nous ne croyons pas utile d'en discuter le sens ici tellement il s'impose de lui-même sans ambiguité.

2. Les politiques québécoises en matière d'immigration et de culture

Le gouvernement actuel n'a pas encore annoncé sa politique à l'égard des communautés culturelles. Il semble poursuivre sur la lancée du gouvernement précédent. Pour comprendre sa politique, il faut ainsi retourner voir celle du gouvernement précédent.

D'abord et surtout exposée dans La politique québécoise du

développement culturel (1981a)[1], cette politique se caractérise par un respect des cultures ethniques et un rejet du modèle américain (melting pot). Le gouvernement du Québec y affirme que:

> "Tous les citoyens sont des Québécois à part entière. Tous ont droit à ce que l'Etat mette à leur disposition les équipements collectifs et les instruments culturels qu'exige leur plein développement" (Gouvernement du Québec 1981:63-64)

Concrètement cela signifie que le gouvernement favorise et encourage le développement de ces cultures par un ensemble de programmes (d'aide financière, d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux, ...).

Cela signifie également que même une loi aussi importante pour le développement de la communauté francophone du Québec que la Charte de la langue française (1977) permet des accommodements. En voici quelques exemples: elle permet aux associations ethniques et aux commerces spécialisés dans la vente de produits typiques d'une nation étrangère ou

---

[1] Il est à noter que c'est en 1971 qu'a eu lieu la proclamation du multiculturalisme comme politique canadienne officielle, ce qui veut dire une société pluraliste culturellement dans l'ensemble du territoire canadien.

d'un groupe ethnique d'utiliser une autre langue que le français pour leur raison sociale et/ou pour l'affichage (articles 61 et 62 de la Charte de la langue française, 1977); les organismes municipaux et les services de santé peuvent utiliser une autre langue d'affichage que le français pour desservir des clientèles ethniques (article 24 de la Charte de la langue française, 1977); le Conseil de la langue française, composé de douze membres, voit deux de ceux-ci être choisis après consultation auprès des associations représentatives des groupes ethniques (article 187, paragraphe F, de la Charte de la langue française, 1977). La Charte de la langue française est ainsi en parfait accord avec l'esprit et la lettre de la Loi sur le ministère des communauté culturelles et de l'immigration (1981) qui a comme principal objectif l'intégration harmonieuse des minorités ethniques au sein de la société québécoise, plus particulièrement au sein de la majorité francophone, tout en respectant leurs cultures d'origine.

La Loi 142, récemment adoptée par le gouvernement actuel, laisse cependant perplexe de ce côté. Dans l'article 1, on lit qu'il faut:

> "mieux adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales, y compris les particularités physiques, géographiques, linguistiques et socio-culturelles de la région, et à répartir entre ces services les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et rationnelle possible".

Cet article laisse supposer d'éventuels services de santé et services sociaux adaptés aux diversités culturelles et linguistiques des divers quartiers de Montréal par exemple. Or seuls les Québécois d'expression anglaise sont visés par cette loi si on se fie à l'article 2.

> "Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui dispensent ces services."

Or qu'en est-il du respect des communautés culturelles et de leur intégration à la majorité francophone du Québec? Est-ce en les assimilant à la communauté anglophone, comme le laisse entendre le débat entourant la Loi 142, qu'on atteindra ces deux objectifs? Qu'on leur offrira davantage de services culturellement adaptés dans le domaine de la santé et des services sociaux? Si le droit à la santé dans sa langue maternellle (qui est un des aspects importants de la problématique de la santé, mais qui n'est pas le plus important selon nous) vaut pour la communauté anglophone du Québec, pourquoi ne vaut-il pas pour les autres communautés culturelles? Ce n'est pas seulement pour des raisons politiques ou juridiques (le droit des anglophones) que cette loi a été adopté mais pour des "raisons humanitaires". Or pourquoi ces raisons ne tiendraient-elles pas aussi pour les communautés culturellles?

Pourtant le gouvernement doit considérer cela tout aussi important puisqu'il existe aux ministères des Communautés culturelles et de

l'immigration et des Affaires sociales des programmes d'accès aux services socio-médicaux pour les groupes ethniques. Ces programmes découlent d'un Plan d'action à l'intention des communautés culturellles, Autant de façons d'être Québécois, adopté par le gouvernement en 1981. Un des volets de ce Plan d'action a été la refonte de la "Loi sur le ministère de l'Immigration, devenue la "Loi sur le ministère des Communautés culturellles et de l'immigration pour marquer la prise de conscience nouvelle du gouvernement à l'égard des communautés culturellles. Ce Plan d'action découle directement de La politique québécoise du développement culturel et précise les mesures qu'entend prendre le gouvernement pour concrétiser cette politique auprès des communautés culturelles. Ce Plan d'action

> "s'inspire d'un triple objectif: assurer le maintien et le développement des communautés culturelles et de leur spécificité, sensibiliser les Québécois francophones à l'apport des communautés culturellles à notre patrimoine commun et enfin favoriser l'intégration des communautés culturelles dans la société québécoise et spécialement dans les secteurs où elles ont été jusqu'ici sous-représentées, particulièrement dans la Fonction publique, au sujet de laquelle le programme d'action propose des mesures énergiques de redressement" (Gouvernement du Québec, 1981b, Introduction)

Les mesures à prendre pour réaliser cette politique touchent tout l'appareil gouvernemental. Un comité interministériel est ainsi créé. Ce comité est composé des représentants des ministères et organismes suivants (Ibidem:60):

- le ministère de la Fonction publique
- l'Office du recrutement et de la sélection du personnel
- l'Office de la langue française
- le Secrétariat au développement culturel et scientifique
- le Conseil du trésor
- le ministère de l'Immigration
- la Commission des droits de la personne
- le Comité consultatif de la gestion du personnel
- le Conseil consultatif de l'Immigration
- un syndicat de la fonction publique, une association d'employés de la fonction publique
- le comité d'implantation du Plan d'action

> "/Ce comité/ a mandat d'inciter les ministères et les organismes à élaborer et mettre en oeuvre leur propre plan d'action, de suivre l'évolution de ce plan et de conseiller le ministre de la Fonction publique en vue de toute modification jugée nécessaire au succès de la politique" (Idem)

Un autre comité, le Comité d'Implantation du Plan d'Action à l'intention des Communautés Culturelles (C.I.P.A.C.C), sera aussi mis sur pied. Il est chargé de (Ibidem:74-75):

- Faciliter l'implantation des mesures prévues dans cette politique;
- La gestion globale du Plan d'action;
- La coordination interministérielle en vue d'assurer une gestion uniforme et cohérente;

- Collaborer activement à l'implantation du Plan d'action au sein de la Fonction publique;
- Recueillir les rapports d'étape de tous les intervenants et d'en produire une synthèse deux fois par année à l'intention du ministre;
- L'évaluation périodique des efforts des divers ministères et organismes afin de pouvoir recommander au Conseil des ministres toute mesure d'appoint qu'il jugera nécessaire;
- Préparer un rapport annuel pour le ministre afin que ce dernier puisse rendre compte à l'Assemblée nationale du progrès du Plan d'action.

En ce qui concerne les services de santé et les services sociaux, le Plan d'action fait le constat suivant:

> "Les immigrants et même des citoyens de diverses origines qui sont au Québec depuis nombre d'années les utilisent malheureusement très peu. L'insuffisance d'un personnel spécialisé familier avec le milieu ainsi que des valeurs culturelles différentes et certains problèmes linguistiques expliquent cette utilisation inférieure à la moyenne." (Ibidem:32-33)

Le Plan d'action propose des mesures précises pour remédier à la situation:

> "Le ministère des Affaires sociales donnera aux établissements de santé et de services sociaux, dont ceux qui sont essentiellement francophones, le mandat de:

- Encourager, en collaboration avec les syndicats, l'embauche de personnes aptes à communiquer dans leur langue d'origine avec les clients issus des communautés culturelles et surtout les personnes âgées. Plus particulièrement, les établissements du réseau devront, dans la mesure du possible, fournir leurs services dans les langues d'origine à la clientèle des services d'urgence et des cliniques externes (hôpitaux et CLSC) dans les quartiers où sont concentrées ces communautés, notamment à Montréal;
- Faire en sorte que les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) s'assurent de l'implication des communautés culturelles dans le processus d'élection de leurs conseils d'administration;
- Entreprendre une campagne d'information auprès des communautés culturelles afin de les familiariser avec l'existence, dans leurs milieux, de centres hospitaliers, de centres d'accueil, de Centres de services sociaux (CSS), de Centres locaux de services communautaires (CLSC) et de Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS);
- Mettre en place des mécanismes facilitant l'accès à l'information dont doivent disposer les associations des communautés culturelles afin de rendre plus adéquatement les services de liaison qu'elles fournissent à ces divers groupes." (Ibidem:70-71)

La même année, soit en 1981, le CSSSRMM soumet un document de travail, intitulé Proposition pour une politique d'accessibilité des services socio-sanitaires aux populations des groupes ethniques (CSSSRMM:1981), à des représentants des communautés culturelles, à des professionnels et à des administrateurs du réseau des Affaires sociales. Cette proposition, qui va dans le même sens que le Plan d'action du gouvernement, sera très bien reçu par les gens du milieu. Elle deviendra d'ailleurs la politique officielle du CSSSRMM en matière d'accessibilité en 1982.

Voulant connaître les progrès réalisés dans les établissements de la région de Montréal depuis l'adoption du Plan d'action, le CSSSRMM commande une étude à la firme Sorecom cette même année. Les résultats de cette enquête, présentés en août 1983, sont très décevants et ne permettent pas de porter un jugement sur la situation.

> "Le ministère des Affaires sociales et le CSSSRMM qui comptaient beaucoup sur les données recueillies à l'aide de l'enquête confiée à une firme spécialisée pour établir un plan de redressement global, n'ont pas obtenu les résultats escomptés. Selon les gestionnaires, la synthèse présentée par la firme est incomplète et générale. La seule façon d'utiliser cette enquête, c'est d'avoir accès aux monographies des établissements et de pouvoir les mettre en relation avec les cartes de répartition géographique des communautés culturelles." (Ottmann-Clish, 1986:13)

Le CSSSRMM procède alors à une ré-analyse des données. Il engage une étudiante inscrite au Programme de maîtrise en politique et en administration publique de l'Université de Concordia pour le faire et pour "préparer des hypothèses d'action en regard d'établissements et de catégories d'établissements en vue d'améliorer leur accessibilité aux communautés culturelles" (Ibidem:14). Plusieurs rapports de recherche et un mémoire de maîtrise seront produits par cette stagiaire:

- L'accessibilité des services aux communautés culturelles minoritaires dans les C.L.S.C. de la région de Montréal Métropolitain, 35 pp.
- L'accessibilité des services aux communautés culturelles dans les C.H.C.D., 40 pp.

- L'accessibilité des CHVP aux communautés culturelles, 17 pp.
- L'accessibilité des services aux communautés culturelles minoritaires dans les C.H.S.P. et les C.A.H. publics et privés, 78 pp.
- L'accessibilité des services des C.A.R. aux communautés culturelles de la région 06A, 46 pp.
- Accessibility of Health and Social Services for Cultural Communities in the Montreal Metropolitan Area, mémoire de maîtrise de Liane Ottman-Clish, Programme de maîtrise en politique et administration publique, septembre 1986, 111 pp.

Ces rapports permettront au CSSSRMM d'intensifier ses actions en vue d'offrir la meilleure accessibilité possible aux communautés culturelles en matière de services de santé et de services sociaux.

Ainsi ce qui existe actuellement au sein du réseau des Affaires sociales dans la région de Montréal, et qui est toujours en voie de réalisation, découle du Plan d'action gouvernemental et des actions du CSSSRMM (voir la Partie 3 pour plus de détails sur ce qui se fait actuellement dans les établissements). Il en est de même du programme d'accès aux sevices socio-médicaux (PASS) offert par le ministère des Communautés culturelles et de l'immigration aux communautés culturelles. Ce service n'est cependant offert qu'aux groupes ethniques d'arrivée récente. De plus, ce programme ne prévoit que l'engagement d'un agent d'accueil (pour un an, avec possibilité de renouvellement pour deux

autres années) par un établissement du réseau des Affaires sociales qui accepterait de collaborer avec un organisme non gouvernemental au service des Québécois de souche récente. Les immigrants de plus vieille souche qui souvent ne maîtrisent pas parfaitement le français ni l'anglais doivent s'en remettre à ce qui se fait actuellement dans le réseau des Affaires sociales.

Les autres programmes du ministère des Communautés culturelles et de l'immigration ne concernent pas directement le domaine de la santé et des services sociaux: deux autres s'adressent à des Québécois de souche récente et concernent l'accueil et l'adaptation, les autres programmes s'adressent à toutes les communautés culturelles, particulièrement aux organismes qui travaillent à la promotion et à la conservation des cultures d'origine. Voici la liste complète des programmes d'aide financière offerts par le M.C.C.I.:

(1) Volet accueil et adapatation
   - La politique d'action concertée; volet accueil et adaptation
   - Programme de soutien à l'accueil et à l'adaptation (PSAA)
   - Programme d'accès aux services socio-sanitaires (PASS)
   - Programme d'activités d'adaptation (PAA)
   - Toutes les descriptions du volet accueil et adaptation

(2) Volet communautés culturelles
   - La politique d'action concertée; volet communautés culturelles

- Programme d'aide aux activités des communautés culturelles (PAACC)
- Programme d'aide au fonctionnement des organismes des communautés culturelles (PAFOCC)
- Programme d'accessibilité à des locaux et services communs (PALSC)
- Programme d'aide à l'enseignement des langues ethniques (PAELE)
- Programme d'aide aux médias des communautés culturelles (PAMCC)
- Programme d'aide aux centres communautaires (PACC)
- Toutes les descriptions du volet communautés culturelles

(3) Travaux communautaires

- Programme spécial d'aide aux travaux communautaires (PSATC)

A l'aide de ces programmes il est par exemple possible pour une communauté culturelle de se doter d'un centre communautaire. Faudrait-il aussi prévoir un programme équivalent qui permettrait aux communautés culturelles les plus importantes de se doter d'un centre médical les desservant dans leur langue maternelle? Bien sûr le risque de les "ghettoïser" est grand et n'est pas très avantageux pour la communauté québécoise. Faudrait-il alors que d'éventuels centres de services de santé et de services sociaux puissent les desservir en français et dans leur langue maternelle comme c'est de plus en plus le cas actuellement? Nous y reviendrons dans nos recommandations.

Ce sont pourtant tous ces efforts (Plan d'action, initiatives du CSSSRMM, ...) que semble oublier, négliger le gouvernement actuel avec l'adoption de la Loi 142. Il apparaît ainsi évident que, pour l'instant, la politique gouvernementale n'est pas claire à ce propos.

Si la politique du gouvernement n'est pas très claire à propos des services de santé et des services sociaux offerts aux communautés culturelles, elle n'est guère plus claire dans d'autres domaines. Ainsi, en modifiant une partie de la règlementation de la Loi sur les communautés culturelles et l'immigration concernant les critères de sélection des immigrants (particulièrement celui concernant la connaissance du français et de l'anglais) pour faciliter l'entrée des réfugiés politiques au Québec, le gouvernement continue de montrer son incohérence. Encore une fois c'est, semble-t-il, pour des raisons humanitaires que le gouvernement a procédé de la sorte. Si tel est le cas pourquoi ne pas avoir aboli ce critère d'admission, dans le cas particulier des réfugiés politiques, plutôt que de le modifier dans le sens d'une équivalence entre la connaissance du français et celle de l'anglais pour les réfugiés[2]. Qu'en est-il des réfugiés ne s'exprimant

---

[2] La connaissance du français donnait auparavant 75 points à un candidat, celle de l'anglais 2 points. Depuis l'adoption de ce nouveau règlement, la connaissance du français donne le même nombre

ni en français ni en anglais? Ont-ils été retournés dans leur pays? Il est permis d'en douter. C'est plutôt pour avoir accès à un programme de subventions fédérales que le gouvernement a modifié son règlement. Pour avoir accès à ce programme le gouvernement québécois devait se conformer à la politique fédérale en la matière. Or cette règle d'exception remet en question la politique québécoise en matière d'immigration, particulièrement le droit pour le Québec de choisir ses immigrants en fonction de ses priorités (celle entre autres concernant l'immigration francophone). Cette question n'est pas banale puisque l'immigration par voie de réfugiés politiques représente actuellement 20 % de l'immigration annuelle au Québec.

Ajoutons à toute cette incohérence que le contexte actuel de contestation juridique, en vertu des Chartes canadienne et québécoise des droits de la personne, des lois que s'est donné le Québec pour affirmer sa spécificité et pour promouvoir la justice et l'égalité sociales (Loi 101, Loi sur la Régie de l'assurance automobile, Loi sur la protection du consommateur, ...), n'aide en rien à clarifier la situation. Il sera en effet de plus en plus difficile pour le Québec de

---

de points que la connaissance de l'anglais, soit 12 points (Article 16 du Règlement) sur la sélection des ressortissants étrangers revendicateurs du statut de réfugié adopté le 27 août 1986.

faire valoir sa spécificité dans ce contexte (primauté des droits individuels sur les droits collectifs) et, par le fait même, d'intégrer les membres des communautés culturelles à la majorité francophone.

La Loi 142 est un produit typique de cette incohérence du gouvernement actuel en matière de politique culturelle et de ce nouveau contexte privilégiant les droits individuels. Cette loi qui veut garantir des droits aux Québécois d'expression anglaise se trouve en quelque sorte à assimiler les membres des communautés culturelles à ceux de la communauté anglophone (relire les articles 1 et 2 de la Loi), délaissant ainsi, selon les apparences du moins, le projet de les intégrer à la majorité francophone.

Tout cela pour dire l'urgent besoin d'une politique claire et cohérente du gouvernement à l'égard de toutes ces questions concernant les communautés culturelles (immigration, services de santé et services sociaux, ...). Il en va de leur bonne intégration au Québec.

3. Principes pour une approche ethnoculturelle de la maladie et des problèmes sociaux

Pour dégager les principes à mettre à la base d'une aproche ethnoculturelle de la maladie et des problèmes sociaux, nous avons pensé utile de nettement distinguer quatre espaces ou champs différents au

sein desquels des rapports explicites peuvent être établis entre les caractéristiques ethniques et culturelles d'une population et ses problèmes psychosociaux et de santé en général. L'espace le plus large qui inclut d'une certaine façon les autres est celui qui présente la spécificité ethnique des patterns de morbidité dans les diverses communautés culturelles, en se basant sur les études épidémiologiques à orientation comparative et transculturelle qui mettent en évidence les différences de morbidité et les facteurs qui les expliquent. Ce premier portrait des profils différentiels de pathologie entre les communautés débouche sur un second espace de réflexion dans lequel nous mettons en relation les caractéristiques culturelles d'un groupe et ses modes spécifiques d'utilisation des services socio-médicaux; après avoir présenté les facteurs qui interviennent généralement dans la manière dont une population recourt aux services, nous introduisons la notion de "construction culturelle des problèmes" que nous considérons comme centrale pour la compréhension du rapport aux services dans toute population.

Dans une troisième section, nous réfléchissons plus directement sur les représentations et pratiques culturelles en matière de santé et de maladie: nous nous y éloignons de l'approche habituelle qui cherche à caractériser chaque groupe culturel en termes d'ensemble de croyances distinctives ou en termes de personnalité typique; nous avons préféré insister sur le processus de "construction culturelle" de la maladie en mettant en évidence les éléments (par exemple, un idiome spécifique pour

parler de la maladie; un rapport particulier au corps, ...) qui servent à construire le modèle conceptuel et pratique qui caractérise une personne dans son rapport à la maladie et à la santé. Dans une quatrième et dernière section, l'espace proprement clinique de la transaction thérapeute-patient est balisé à partir d'un certain nombre de concepts inspirés de l'anthropologie qui nous semblent susceptibles d'infuser une perspective culturelle à la pratique clinique faite en milieu interculturel.

3.1 Caractéristiques ethnoculturelles et spécificité des profils pathologiques

Plusieurs recherches ont reconnu que les caractéristiques ethnoculturelles des populations constituent une des principales sources de variation dans la distribution des maladies, des accidents et des problèmes sociaux. Les différences entre les groupes culturels au niveau des taux de prévalence et d'incidence de morbidité et de mortalité s'expliqueraient par des configurations spécifiques de facteurs caractérisant plus particulièrement un groupe culturel. Les chercheurs insistent surtout sur les facteurs suivants qui sont associés à l'ethnicité: des prédispositions génétiques à certaines pathologies (par exemple les maladies du sang dans le cas des populations noires à cause de la présence du gène S dans l'hémoglobine), des diètes particulières qui peuvent induire des problèmes spécifiques de type digestif ou du métabolisme, des patterns culturellement valorisés dans

l'adaptation à des environnements particuliers et des stratégies spécifiques dans la négociation des problèmes de stress, les effets de la discrimination associée au statut de groupe minoritaire dans la société d'accueil, un faible niveau socio-économique, les systèmes culturels de croyances et les pratiques reliées à la santé que développe chaque groupe culturel ... Dans les conclusions à son étude des problèmes de santé dans diverses communautés ethniques des Etats-Unis, Harwood (1981:7) écrit qu'il est d'autant plus difficile d'attribuer les différences dans la morbidité et la mortalité entre les groupes culturels à l'un ou l'autre des facteurs mentionnés ci-haut que plusieurs de ces facteurs agissent souvent en synergie pour produire un problème particulier; il signale de plus qu'on manque d'études épidémiologiques sérieuses qui prennent en compte les variables culturelles dans la production des pathologies.

On peut distinguer deux points de vue principaux dans les recherches sur les rapports entre les caractéristiques des communautés culturelles et leur profil spécifique de pathologie. La première approche, celle qui domine dans l'épidémiologie classique, relie d'emblée le plus grand risque de contracter certaines maladies ou certains problèmes au statut socio-économique du groupe culturel concerné: à un plus bas statut économique correspondrait une moindre connaissance des facteurs de risque de maladie, moins de précautions préventives, une nutrition moins riche, du travail et l'habitation dans des environnements moins salubres, souvent plus de stress dû à

l'expérience de la discrimination sociale ... J'appelle cette approche, sociologique et écologique dans la mesure où elle cherche à expliquer le profil pathologique spécifique d'un groupe en référence aux contraintes socio-économiques et aux caractéristiques de l'environnement qui s'imposent à la majorité des membres d'un même groupe culturel. Au sein de cette approche, les épidémiologues ont surtout tendance à insister sur les habitudes de vie individuelles prévalentes dans les groupes culturels: quantité d'alcool ou de tabac consommé, régularité des exercices physiques, équilibre dans la diète ... Le études d'orientation épidémiologique et sociologique en arrivent souvent à faire une lecture "inflationniste" des problèmes dans le cas des populations qui présentent de hauts taux de chômage, une forte désorganisation ou une faible intégration sur le plan social. Au terme d'une étude que nous avons menée auprès des populations habitant les villages de la Moyenne Côte-Nord du St-Laurent, nous avons insisté sur les limites d'une telle approche:

> "Tous les chercheurs sont prêts à reconnaître avec les épidémiologues qu'il existe des relations directes entre les niveaux de désorganisation sociale et de pauvreté d'une communauté, et les problèmes socio-sanitaires que vit cette communauté; nous avons cependant l'impression qu'on construit sur cette vérité de base une grille qui amène bon nombre de chercheurs à lire "en termes de problèmes" ce qui peut relever d'une autre manière de vivre et d'une autre manière d'être, laquelle est culturelle." (Corin, Bibeau, Martin, Sachel 1985:32)

La seconde approche qui est généralement qualifiée d'ethno-culturelle attribue les différences dans les profils pathologiques aux

différences dans les patterns de croyances et de comportements liés à la santé. Harwood décrit fort bien cette approche:

> "Health beliefs and behavior comprise a wide range of knowledge and activities, including techniques for health maintenance, standards for recognizing and evaluating symptoms, estimates of the seriousness of various conditions and of one's susceptibility to them, familiarity with bio-medical disease categories, information about therapeutic resources (both medication and personnel) and how to obtain them, ways of interacting with professionals (how to give a history, describe a problem, request specific services, and so on), and adherence to therapeutic regimens" (1981:6)

Dans cette approche culturalisante, les chercheurs tendent à expliquer les formes spécifiques que prend la morbidité dans un groupe culturel donné par l'existence d'un soubassement particulier de valeurs et de conceptions: l'existence d'un réseau social sur lequel l'individu peut s'appuyer facilite les réactions adaptatives face à des événements de vie traumatisants, l'investissement culturel au niveau de certains organes favorise une somatisation spécifique, ...

Ces deux approches sont légitimes et doivent être utilisées de façon complémentaire puisqu'on ne peut dans les faits séparer les patterns culturels de croyances et de comportements des caractéristiques socio-économiques du groupe culturel concerné. On peut sans doute appliquer au cas du Québec ce qu'Harwood écrit au sujet des rapports intimes reliant ethnicité et statut économique aux Etats-Unis:

> "The American social system has in various ways caused ethnic and class statuse to be closely interrelated and at times inseparable. Therefore, one cannot explain statistically common behavioral patterns among members of any ethnic collectivity totally by ethnic factors. It is only by comparative analysis of specific variables either across ethnic groups or across classes, with the correlative factor held constant, that the implications of these two socio-cultural factors for behavior and belief can be assessed" (1981:6)

Bien que la position des communautés ethniques s'inscrive de façon originale dans le cas du Québec et bien que les caractéristiques de l'immigration récente des groupes latino-américains, antillais et sud-asiatiques soient probablement assez différentes de ce qu'on trouvait chez les immigrants ou réfugiés d'avant les années 70, la position complémentariste de Harwood qui intègre la conjonction du culturel et du socio-économique semble néanmoins s'appliquer dans le cas du Québec.

Deux études récentes choisies parmi plusieurs qui sont disponibles permettent d'illustrer le rôle de l'ethnicité dans la production des problèmes socio-médicaux. La première étude a été menée par L.A. Palinkas auprès d'un échantillon de huit groupes socio-culturels (Porto-Ricains; Mexico-Américains; Autres Hispanophones; Amérindiens; Asiatiques; Philippins; Noirs; Euro-Américains) qui présentaient les mêmes caractéristiques sur le plan de l'occupation, du revenu, de l'éducation, de l'alimentation, et des possibilités d'accès à des services de santé; en maintenant ces variables constantes, il devenait plus facile d'apprécier le rôle spécifique de l'ethnicité dans la

production différentielle de la pathologie. Les huit cohortes ont été suivies durant une période de six ans et le chercheur a calculé les taux de premières hospitalisations nécessitées pour l'une ou l'autre des 15 catégories diagnostiques suivantes (reprises de la CIM-8 dans son adaptation aux Etats-Unis): maladies infectieuses et parasitaires; néoplasmes; maladies métaboliques et nutritionnelles; maladie du sang; maladies mentales; maladie du système nerveux et des sens; maladies du système circulatoire ; maladies du système respiratoire; maladies du système digestif; maladie du système génito-urinaire; maladies de la peau et du tissu sous-cutané; maladies du système musculo-squelettique; anomalies congénitales; symptômes et conditions mal définis; empoisonnements, accidents et violence. Les résultats indiquent que les divers groupes ethniques ne sont pas également à risque par rapport à une première hospitalisation pour l'ensemble des catégories diagnostiquées et de plus que la relation entre ethnicité et incidence de maladie diffère pour chacune des catégories de maladie. Dans l'un et l'autre cas, l'environnement social, le statut socio-économique et l'accès aux services sont maintenus constants.

A titre illutratif, nous fournissons quelques indications sur les différences du tableau pathologique telles qu'elles ressortent de l'étude conduite par Palinkas auprès des huit groupes mentionnés plus haut. De façon globale, les Philippins ont le plus bas taux global de premières hospitalisations et les Amérindiens le plus haut. Ces derniers présentent avec les Porto-Ricains les plus hauts taux

d'hospitalisation pour des problèmes psychologiques, spécialement reliés aux drogues et à l'alcool; les Amérindiens présentent aussi les taux les plus élevés pour les maladies respiratoires, les maladies de peau, du système musculo-squelettique, et pour les symptômes mal définis; enfin, ils sont avec les Asiatiques le plus victimes d'accidents, d'empoisonnements et de violence. Les populations noires présentent le second plus haut taux total pour les premières hospitalisations: elles se situent au premier rang pour les problèmes de cancer, les maladies du sang, du système digestif et du système génito-urinaire, et au dernier, avec les Euro-Américains, pour les maladies nutritionnelles et métaboliques. Les Euro-Américains se situent au troisième rang pour le total des premières hospitalisations; ils ont les plus hauts taux pour les maladies du système nerveux et des sens (avec les Autres Hispanophones), et les plus bas pour les problèmes nutritionnels et du métabolisme (avec les populations noires).

Les Porto-Ricains se placent au quatrième rang pour le nombre global de premières hospitalisations: ils ont les plus hauts taux de maladies infectieuses et parasitaires, et avec les Amérindiens souffrent le plus de problèmes psychiques, de troubles de la personnalité principalement. Les Autres Hispanophones présentent parmi les huit groupes ethniques le moins de maladies du système respiratoire, et le plus de maladies des systèmes nerveux et sensoriel (avec les Euro-Américains). Quant aux Mexico-Américains, ils se situent partout dans la moyenne avec les taux les plus bas pour les maladies du système

circulatoire, les anomalies congénitales, et les conditions mal-définies.

Les Américains d'origine asiatique souffrent moins que tout autre groupe des maladies infectieuses et parasitaires, et des maladies de la peau; plus que tout autre groupe cependant, ils présentent des anomalies congénitales et sont victimes d'accidents, d'empoisonnements et de violence (avec les Amérindiens). Quant aux Philippins, ils présentent de loin le meilleur état de santé: ils souffrent moins que les sept autres groupes du cancer, des maladies du sang, des troubles psychiques, des maladies du système nerveux, des systèmes digestif, génito-urinaire, musculo-squelettique, ainsi que des accidents, empoisonnements et violence; leurs maladies caractéristiques sont reliées au système circulatoire, et aux problèmes du métabolisme.

Tout en reconnaissant qu'il ne faut pas étendre indûment à l'ensemble des communautés ethniques concernées les résultats qu'il a obtenus sur la base d'un échantillon non représentatif des multiples caractéristiques ethnoculturelles qui spécifient chacune des communautés ethniques, Palinkas insiste sur le fait que son étude démontre avec clarté que les groupes ethnoculturels ne sont pas également à risque face aux différentes formes de pathologie; de plus, il indique que les variables socio-économiques sont incapables à elles seules d'expliquer le défaut ou l'excès de morbidité par rapport à l'une ou l'autre condition pathologique. Les différences dans les taux s'expliqueraient

selon lui par des interactions complexes entre des dispositions génétiques et des facteurs socioculturels qui contribueraient à l'étiologie de maladies telles que l'alcoolisme, la schizophrénie, l'hypertension, le diabète, la cyclanémie ...; les pratiques culturelles relatives à l'alimentation, aux stratégies d'adaptation au stress, ... jouent également un rôle dans l'association de maladies particulières avec des groupes ethniques spécifiques. Bien que l'auteur n'identifie pas explicitement les composantes génétiques et socio-culturelles qui expliqueraient la plus grande fragilité d'un groupe par rapport à certaines pathologies, il démontre avec clarté, à la suite de quelques autres recherches hélas trop rares, qu'il existe une relation entre ethnicité et profil pathologique. Les résultats de l'étude de Palinkas ne valent cependant sans doute que partiellement pour les communautés ethnoculturelles du Québec.

La seconde recherche réalisée à l'été 1986 auprès de familles monoparentales (rôle des parents et éducation des enfants) appartenant à différents groupes ethniques de Montréal permet de démontrer comment on peut aborder des problèmes sociaux dans une perspective culturelle (Lalonde-Dubreuil et al.:1986). Pour illustrer la culturalisation des problèmes sociaux, je me limite à commenter ce que les chercheurs écrivent relativement à l'impact que la manière de vivre la vie familiale (relations hommes-femmes; relations parents-enfants; style d'autorité; forme d'éducation; vécu des divorces et séparations; ...) exerce sur la forme et les modes de résolution de certains problèmes

surgissant au sein de la famille. Les chercheurs ont nettement mis en évidence la très grande diversité entre les groupes ethniques relativement aux problèmes posés par la monoparentalité. Alors que les femmes khmères sont profondément bouleversées par l'expérience du divorce qui constitue un phénomène nouveau dans une culture traditionnellement attachée à l'unité familiale qui est considérée comme sacrée, les femmes jamaïcaines réagissent de façon fort différente dans la mesure où la "matrifocalité" (les enfants vivant avec la mère, et le père ou les pères étant souvents absents) fait dé, à partie de la culture; chez les Haïtiennes, on est davantage préoccupé par la perte d'autorité des parents (à laquelle on répond souvent par une moins grande tolérance à l'égard des enfants) et par l'augmentation du nombre de mères adolescentes; chez les femmes latino-américaines, on continue à déplorer la survivance du "machismo" chez les hommes. Ces différentes valeurs culturelles posent dans des termes fort différents les problèmes de violence conjugale ou de violence à l'égard des enfants, rendant impossible l'application d'un modèle unique de résolution des problèmes sociaux. Outre le fait que les travailleurs sociaux doivent prendre de plus en plus en considération la dimension culturelle dans les démarches de solution des problèmes, il faut signaler que la plus ou moins grande intégration sociale au sein du groupe culturel d'appartenance constitue également une donnée fort importante à considérer. De ce point de vue, les groupes diffèrent considérablement. Seule une perspective socio-culturelle permet de recadrer différemment à la fois la compréhension des problèmes et la mise en place des interventions.

Deux mots de conclusion. Bien que l'on puisse faire l'hypothèse que l'arrivée de plus en plus importante de populations en provenance des région tropicales du monde va nécessiter le développement au Québec de services davantage compétents du point de vue de la pathologie tropicale, on se doit de reconnaître que fort peu d'études se sont jusqu'à date intéressées à caractériser de façon précise les profils pathologiques dominants dans les diverses communautés ethniques. De plus, ce que nous venons d'écrire au sujet des rapports entre ethnicité et patterns de morbidité conduit à souhaiter le développement d'une épidémiologie davantage sensible aux variables culturelles et capable de prendre en compte les caractéristiques dominantes des populations ethniques. Cette nouvelle épidémiologie socio-culturelle est déjà en train de se développer dans certaines régions des Etats-Unis (voir Craig et al.:1986).

3.2 La dimension culturelle de l'accessibilité des services socio-médicaux

Plusieurs études épidémiologiques ont démontré qu'il existe de manière générale un décalage entre les besoins en soins et services sociaux objectivement évalués par le biais d'échelles et d'instruments standardisés, et la demande effectivement traitée par les services de santé et les services sociaux. Un tel décalage a été souligné par plusieurs auteurs dans le cas des membres des communautés ethnoculturelles qui sous-utiliseraient les services du réseau de la

santé et des affaires sociales; peu d'études empiriques ont cependant permis de fonder objectivement une telle affirmation et les auteurs se limitent à se répéter les uns les autres sans que l'on puisse identifier explicitement l'étude qui confère une validité à l'affirmation de base. Dans son récent mémoire, Ottmann-Clish (1986) base ses conclusions relatives à la sous-utilisation des services sur le fait que la proportion ethnique de la clientèle effective d'une catégorie d'institutions du réseau socio-médical (elle a examiné successivement le cas des C.L.S.C., C.H.C.D., C.H.V.P., C.H.S.P. et C.A.R.) est plus faible que le pourcentage de la population ethnique habitant dans les territoires desservis par ces institutions de services; il nous apparaît fort difficile de tirer une telle conclusion des données fort parcellaires qu'on possède (des données limitées à quelques points de service seulement) et on doit ici parler davantage d'impressions que de faits scientifiques.

De son côté, Lebel (1986) note "la préférence des membres des communautés culturelles pour les services privés ethniques et pluri-ethniques" sans préciser ce que cela signifie dans le cadre de l'organisation structurelle du système de santé et des services sociaux du Québec qui se caractérise entre autres par les principes d'universalité (i.e. un régime gratuit offert à tous les citoyens), de liberté de choix (i.e. la possibilité pour le citoyen de choisir son thérapeute), d'administration publique du régime ... (voir Collection Lois et Règlements, 1986). Le caractère public du système québécois

n'interdit pas le développement de services privés mais ceux-ci semblent encore assez peu nombreux et s'inscrivent présentement davantage à la périphérie du système; il ne s'agit pas de nier le dynamisme des institutions à caractère privé mais de les situer à leur place dans l'ensemble des services.

Qu'il existe dans les faits sous-utilisation ou sur-utilisation des services publics ou privés de la part des membres des communautés culturelles (problème auquel il nous est actuellement impossible de répondre étant donné la manière dont les statistiques sont recueillies à la Régie d'Assurance-Maladie du Québec; nous pensons spécialement au Fichier AH-101 sur les hospitalisations), il nous faut nous interroger sur les différentes catégories de facteurs qui influencent l'utilisation des services en étant spécialement attentifs à repenser la notion d'accessibilité dans un sens surtout culturel.

Les recherches portant sur l'utilisation des services se sont traditionnellement centrées sur trois séries de facteurs qui sont d'emblée considérés comme influençant le recours aux services; les études ont de fait porté sur les relations entre les <u>variables dites facilitantes</u> (i.e. la distance et la facilité d'accès aux services, la densité du réseau et du personel, les ressources de la clientèle, ...), les <u>variables dites prédisposantes</u> (i.e. les caractéristiques socio-démographiques, les croyances, attitudes et attentes de la population, ...), les <u>variables de besoins</u> (i.e. les besoins objectivement évalués

et les besoins perçus, ...), et l'utilisation que les populations font des services (voir Williams et Torrens, 1980, pour une excellente discussion de cette perspective).

Ces travaux ont montré que les "besoins objectifs" mis de l'avant dans les enquêtes des épidémiologues ainsi que les variables liées à la disponibilité des services ne constituent en fait qu'une partie des facteurs qui influencent la décision de recourir ou non aux services disponibles. Pour pouvoir comprendre les comportements des membres des communautés culturelles, il apparaît essentiel de prendre en considération deux autres catégories de facteurs: le domaine des besoins subjectivement et culturellement perçus et le domaine des croyances et attitudes. Relativement au domaine des perceptions, on peut affirmer sans se tromper qu'aucune demande d'aide ne sera faite si un problème qui existe objectivement n'est pas perçu comme tel par les personnes ou leur entourage; dans le cas des problèmes de santé physique graves, la reconnaissance subjective du problème est relativement aisée mais il en va différemment lorsqu'il s'agit d'un problème qui se situe par exemple dans le registre psychosocial, comme dans les cas d'alcoolisme ou de violence, l'identification du problème en tant que problème pouvant alors varier d'un groupe à l'autre.

Même dans le cas où un problème est culturellement reconnu comme problème, il ne s'ensuit pas nécessairement une démarche de recherche de solution auprès des professionnels. Depuis Rosenstock (1966) qui a

formalisé le "Health Belief Model", on est conscient du fait que le domaine des croyances culturelles et des attitudes influence la mesure dans laquelle on considère qu'il est souhaitable de traiter un problème et quelle personne est perçue comme la plus apte à le faire. Ainsi, le partage entre les sphères du public et du privé, entre ce qui doit demeurer dans le cadre de la famille ou de la communauté, et ce dont on peut parler à l'extérieur de ces cercles, diffère fortement selon les milieux socio-culturels et influence largement le recours aux services. De manière parallèle, l'interprétation d'un problème (perception de la gravité du problème; perception des avantages/désavantages à consulter, ...) oriente les démarches que l'on privilégie pour y faire face; si l'on considère, par exemple, que certains problèmes relèvent de l'ordre de l'éthique ou de la morale, on s'adressera sans doute plus facilement à un prêtre qu'à un médecin ou un travailleur social.

Il nous apparaît essentiel de situer toute réflexion sur l'accessibilité des services socio-médicaux dans le contexte socio-culturel puisque celui-ci influence la façon dont s'expriment les problèmes, la façon dont on les identifie et les interprète ainsi que la manière dont on y réagit. Ces différents processus varient évidemment d'une classe sociale à une autre, et d'un groupe culturel à un autre. Ce que nous retenons ici est le fait qu'entre les besoins et la demande d'aide intervient une "construction" des besoins, et que ce processus est largement déterminé par des valeurs culturelles. Quand nous parlons d'une construction des problèmes socio-médicaux, nous ne voulons

pas dire que les problèmes n'existent pas objectivement, mais qu'ils sont repris et intégrés dans un sytème de perceptions et de significations qui influencent directement les comportements des individus face à la recherche de services et à la manière dont ils réagissent aux services reçus. L'approche qui favorise une concentration sur la dimension socio-culturelle pour comprendre la manière dont des populations utilisent les services vaut non seulement dans le cas des communautés ethnoculturelles mais également dans le cas des milieux fortement défavorisés ou dans le cas de groupes marginaux au sein de la population générale (pour plus de précisions sur l'approche socio-culturelle, voir Corin, Bibeau, Laplante et Martin, sous presse).

Certains chercheurs (Chrisman:1977, McKinlay:1973, Zola:1972, Lin et al.:1978, parmi plusieurs autres) ont abordé le problème de l'utilisation des services en étudiant les trajectoires de recherche de thérapie suivie de fait par certains patients. Tous les patients, quelle que soit leur origine ethnique, parcourent souvent des itinéraires complexes lorsqu'ils cherchent à solutionner un problème particulier; leurs démarches peuvent successivement ou simultanément les conduire auprès de thérapeutes de formation fort différente dans leur quête de la guérison et il arrive que ces itinéraires prennent un visage plus ou moins spécifique selon le groupe culturel auquel appartient le patient. L'insistance mise sur les valeurs culturelles dans la compréhension de la logique qui organise l'utilisation des services ne

doit pas faire oublier l'influence parallèle dans les décisions d'autres déterminations d'ordre économique, géographique, ...

Sans entrer dans les détails, nous signalons quelques sujets possibles d'étude qui permettraient de mieux comprendre différents problèmes liés à l'utilisation des services socio-médicaux: le délai dans la consultation, le refus d'adhérer aux prescriptions médicales, etc. Parmi les recherches qu'il serait important de réaliser si l'on veut mieux comprendre les enjeux fondamentaux dans une approche culturelle de l'accessibilité, nous signalons les sujets suivants: la forme de l'auto-diagnostic et de l'auto-médication face à certains problèmes; la perception et l'évaluation des symptômes faites par l'entourage familial ou par les amis; les conséquences du problème sur l'accomplissement des divers rôles sociaux (perte de jours de travail; départ de la maison); les conditions à réaliser (douleur, peur, ...) pour qu'on consulte les services officiels; les conditions à réaliser pour qu'on consulte des services non-officiels qui seraient offerts par exemple par la communauté ethnique elle-même; ...

En conclusion de cette section sur la dimension culturelle de l'accessibilité des services, il nous semble important de rappeler la très grande complexité du processus de prise de décision chez les personnes malades. Dans leur ouvrage devenu classique sur l'utilisation des services de santé aux Etats-Unis, Williams et Torrens (1980) écrivent qu'on estime que de 70 à 90 % des maladies auto-diagnostiquées

ne sont généralement pas traitées dans le système officiel de soins; ils signalent de plus que les médecins ne peuvent mettre en évidence aucun problème (sur le plan biologique) pour la moitié des visites qu'on leur fait. Les deux auteurs concluent de tout cela:

> "It is clear from this that seeking medical care may or may not be associated with actual pathologic processes, and that social and cultural values greatly influence whether an attempt will be made to obtain professional care." (1980:42)

Les réflexions qui précédent démontrent qu'on ne peut se limiter à expliquer la prétendue sous-utilisation des services socio-médicaux dans les communautés ethniques, laquelle n'a jamais été scientifiquement démontrée, par les seules variables de compétence linguistique et culturelle de la part des intervenants. Il n'y a pas de doute que les problèmes de communication linguistique éloignent de fait certains patients de la consultation auprès de thérapeutes qui ne parlent pas leur langue; de même, dans le cas de maladies complexes qui donnent lieu à des construits culturels importants, les malades souhaitent avec raison pouvoir rencontrer un thérapeute suffisamment sensible sur le plan culturel pour prendre en compte les diverses dimensions de leur maladie. Tout en reconnaissant la très grande importance de ces facteurs de "compétence linguistique" et de "sensibilisation culturelle" dont nous parlerons dans nos conclusions, nous croyons que le problème de l'accessibilité doit être envisagé d'une manière beaucoup plus globale en faisant une place éminente à ce que nous avons appelé "la construction culturelle des problèmes".

3.3 La spécificité anthropologique dans l'approche des problèmes socio-médicaux

Les principales sciences sociales que sont l'épidémiologie, la sociologie, la psychologie sociale et l'anthropologie adoptent chacune un angle privilégié lorsqu'elles font l'inventaire des problèmes socio-médicaux dans une population. Ne se limitant pas à identifier et éventuellement même à quantifier les divers problèmes, chacune de ces disciplines scientifiques propose une explication permettant de comprendre les conditions d'apparition des problèmes, les circonstances qui les font naître ou ce qu'on appelle de façon plus générale, leurs causes. Les approches de l'épidémiologie, de la sociologie, de la psychologie sociale et de l'anthropologie sont toutes valides mais elles ne "démontent" pas toutes de la même manière les mécanismes complexes qui interviennent dans la production des problèmes socio-médicaux prévalents dans une communauté. En d'autres mots, chacune privilégie un niveau d'explication lorsqu'elle remonte dans la chaîne de la causalité, chacune comprend à sa manière le processus de production des problèmes en prenant en considération certains facteurs et en en négligeant d'autres et chacune s'arrête en quelque sorte à un endroit particulier de l'axe étiologique situant son explication de la présence des problèmes en relation à certains niveaux qui sont alors présentés comme les causes principales. On sait par exemple que les études épidémiologiques ont tendance à comprendre les problèmes d'une population davantage en référence aux comportements individuels; les

recherches d'orientation sociologique relient plutôt dans la majorité des cas ces mêmes problèmes aux caractéristiques sociales des individus (classe sociale, revenu, niveau de scolarité, ...) alors que celles faites par les psychologues sociaux s'intéresent principalement aux attitudes des personnes face à certains comportements (alcoolisme, violence, ...) ainsi qu'à leur vécu quotidien.

Tous ces niveaux d'appréhension du processus de production des problèmes dans une population apportent un éclairage particulier sur les causes expliquant l'importance de certains problèmes ainsi que sur les comportements qui enclenchent dans cette population l'apparition d'un problème. Les épidémiologues ont raison d'insister sur les comportements individuels (tabac, alcool, exercices physiques, ...) qu'ils considèrent comme des causes immédiates des problèmes. Une telle optique n'invalide nullement celle que des sociologues et des psychologues sociaux qui eux insistent respectivement sur les caractéristiques socio-économiques et les attitudes des individus. Il s'agit là de niveaux différents de lecture de la causalité qui ont chacun leur légitimité et qui déterminent chacun un angle d'approche spécifique sur le plan de l'intervention et de l'organisation des services.

L'angle d'approche des anthropologues dans leur appréhension des problèmes socio-médicaux et dans l'explication qu'ils fournissent de la présence de ceux-ci dans une communauté culturelle donnée est également

spécifique et, par le fait même, commande lui aussi une manière particulière d'intervenir face à ces problèmes. Les anthropologues acceptent avec les épidémiologues l'idée que le style de vie caractérisant un groupe humain peut se décrire à partir de variables comportementales telles que les habitudes alimentaires, le niveau de consommation d'alcool ou de drogues, la fréquence des actes violents, l'absence des exercices physiques ... Bien qu'utile pour la détermination des groupes ou des individus qui sont le plus à risque au sein d'une population, l'adoption d'un modèle comportemental d'inspiration épidémiologique dans lequel on relie les problèmes principalement au style de vie individuel ne nous apparaît pas suffisante pour rendre vraiment compte du contexte de développement et de la forme que prennent les problèmes socio-médicaux dans des communautés culturelles particulières. Nous croyons indispensable de compléter cette première approche par une étude de la dimension collective et culturelle des styles de vie spécifiques aux différents groupes culturels. On peut en effet mettre en évidence au sein de ces groupes des manières plus ou moins uniformes d'agir, des valeurs et des conceptions particulières relativement partagées par une majorité de gens. C'est précisément sur l'arrière-fond des caractéristiques culturelles du style de vie de leur groupe d'appartenance que les comportements individuels doivent être interprétés. Toute stratégie d'intervention curative ou préventive qui ne se déploie pas au niveau même de cet arrière-plan socio-culturel risque d'échouer face au projet de modifier par exemple les comportements des individus.

Les anthropologues ont l'habitude de considérer que le style de vie collectif d'un groupe peut être mis en évidence à partir des éléments appartenant aux trois champs principaux composant toute culture. Le style de vie d'un groupe culturel s'exprime d'abord à travers des indicateurs matériels comme le genre d'habillement, les habitudes alimentaires, le style de maison et la façon d'occuper l'espace, les caractéristiques du rapport au travail ... La dimension collective du style de vie s'apprécie également à partir des formes dominantes d'organisation sociale dans la communauté: l'existence de familles plus ou moins étendues, les rapports entre les familles, les classes sociales et les rapports entre elles, ... Enfin, à un niveau encore plus complexe, l'anthropologue interroge la dimension collective sous-jacente au style de vie prévalent dans un groupe à partir de ses valeurs et de son système idéologique: l'importance qu'on donne aux enfants et les méthodes d'éducation, les modes d'expression des émotions, la forme du rapport au corps, le statut des personnes âgées dans la culture, le système de croyances religieuses, ... S'il est relativement aisé de procéder à une description des éléments matériels de la culture sur la base d'observations, cela est beaucoup plus difficile quand il s'agit d'identifier les formes d'organisation sociale (système de support; formes des réseaux sociaux; extension de la parenté significative) et encore plus lorsqu'il faut dégager les systèmes de valeurs et de croyances.

Les études qui se centrent sur le problème des variations d'un groupe ethnique à l'autre dans le domaine des conceptions culturelles de la santé et de la maladie se sont multipliées au cours des dernières années. Bien que très diversifiées et portant sur de très nombreuses croyances ou pratiques culturelles qui ont une incidence sur la santé et la maladie, trois domaines de recherches nous semblent avoir été particulièrement bien investigués. Ce qui a été et est présentement le plus exploré par les anthropologues médicaux est constitué par le domaine des représentations culturelles de la santé et de la maladie: comment une population particulière nomme-t-elle les maladies? sur la base de quels symptômes les identifie-elle? comment les explique-elle? ...; ces chercheurs donnent la priorité aux systèmes cognitifs, aux perceptions populaires, et aux représentations collectives, tout en s'intéressant aux dimensions phénoménologiques et sémiologiques, c'est-à-dire à l'expérience de la maladie telle qu'elle est vécue et au sens qu'on lui attribue. Une telle perspective débouche sur les "modèles explicatifs" de la maladie propre à telle ou telle culture. Comme nous le démontrerons dans le paragraphe suivant, la connaissance de ces modèles est essentielle à toute entreprise de prévention et à toute intervention clinique. Les travaux de Devisch (1984, sous presse) en Belgique, de Helman (1985) en Grande-Bretagne, de nombreux groupes de recherches aux Etats-Unis et de plusieurs membres (Bibeau:1981,1983, 1984,1985; Corin:1985a,b,c,d,e; Dorvil:1985; Dubreuil:1985; Genest:1978; Howes:1986; Kovess:1986a,b; Kirmayer:1986; Leavitt:1984; Lock:1985, 1986a,b,c,d; Murphy:1982; Tousignant:1985a,b) du Groupe Interuniversi-

taire de Recherche en Anthropologie Médicale et Ethnopsychiatrie du Québec (GIRAME) s'inscrivent précisément dans cette orientation (nous nous limitons ici à citer pour chaque auteur quelques articles indicatifs de l'orientation socio-culturelle de ses recherches).

Le second domaine de recherche est moins phénoménologico-cognitif et davantage empirique: il concerne l'évaluation des pratiques mises en oeuvre par les groupes culturels pour maintenir leur santé et pour lutter contre la maladie. Les études portent ici sur les pratiques et comportements d'une population, les objectifs étant par exemple de comprendre les rapports entre tel mode d'alimentation et telle maladie en même temps que la logique culturelle qui sous-tend tels types de recours à certaines thérapies ou la fidélité ou la non-fidélité à tel ou tel régime médical. Plusieurs chercheurs s'intéressent particulièrement aux mécanismes de transmission des connaissances médicales dans les groupes culturels ainsi qu'à la logique qui organise le savoir médical populaire.

Un troisième domaine, celui de l'élucidation des conceptions anatomiques et physiologiques, fait présentement l'objet de plus en plus de recherche parmi les spécialistes des sciences sociales et du comportement (Scheper-Hughes et Lock:1986; Bates:1987; Zola:1966). Une meilleure connaissance de la manière dont les patients conceptualisent la structure interne du corps, ou de la manière dont ils investissent de façon plus significative certains organes permet de mieux comprendre

certains phénomènes culturels de somatisation ou de manière plus générale le phénomène de la culturalisation des symptômes. Un numéro spécial du Journal International de Psychologie (1985) vient précisément de présenter sous la direction de Devisch et Gailly un ensemble de textes sur "symbole et symptôme dans l'espace-temps corporel" qui fait fort bien le point sur l'orientation actuelle des recherches sur le corps en liaison à l'expression des symptômes et à la clinique.

En conclusion à cette section dédiée aux rapports qui associent certains éléments culturels à la présence de problèmes socio-médicaux spécifiques dans l'un ou l'autre groupe culturel, il nous semble important de faire deux remarques générales. La première à l'intention des thérapeutes et cliniciens qui ont généralement le sentiment que plus de connaissances au sujet de la culture par exemple des Latino-Américains, des Noirs Antillais ou des Chinois Vietnamiens n'impliquent pas nécessairement une meilleure pratique clinique à leur égard; ils veulent savoir de façon générale uniquement ce qui leur est indispensable de connaître du soubassement culturel afin de mieux traiter leurs patients (voir à ce sujet, Good et Del Vecchio Good:1986). Cette ouverture est déjà en soi le signe d'une certaine empathie mais elle met en même temps l'anthropologue mal à l'aise: en effet comment enseigner aux cliniciens les croyances ou patterns typiques d'interaction dans des groupes culturels sans être conduit à enseigner des stéréotypes et à répéter des banalités; de plus, il y a souvent une grande variation entre des individus au sein d'une même culture. Les

différences culturelles sont importantes pour le travail clinique mais la sensibilité à cette problématique ne s'acquiert que lentement sur la base d'une attitude clinique empathique et soucieuse de comprendre au sein d'une herméneutique large le discours et les symptômes du patient. Nous discutons en détail de ce problème de l'adaptation culturelle de la pratique clinique dans la section qui suit.

Notre seconde remarque veut être un rappel de ce que nous écrivions dans les deux sections précédentes de ce chapitre au sujet de l'influence du contexte socio-économique sur le profil de pathologie et sur les modes d'utilisation des services; le fait de situer les problèmes individuels et les habitudes de vie dans le contexte des modèles culturels dominants permet évidemment de mieux mettre en lumière les racines profondes de certains comportements individuels mais cela ne saurait suffire à tout expliquer. En d'autres mots, le fait d'insister sur la dimension culturelle des problèmes socio-médicaux n'est pas exclusif de la nécessité d'élucider parallèlement la dimension économique macroscopique qui sert d'horizon au vécu quotidien de la culture dans un groupe donné.

3.4 Eléments d'une clinique sensible au culturel

Trois corpus de littérature se sont progressivement développés au cours du dernier siècle autour du problème de l'explication de la maladie, de son évolution dans la personne malade et de la thérapie

qu'on lui applique. Tout clinicien sait en effet fort bien que la tuberculose par exemple est "causée" de façon directe par le bacille Myobacterium tuberculosis sans pour autant ignorer que cette maladie se développe principalement chez des individus vivant dans des conditions difficiles de pauvreté et de malnutrition; le clinicien sait aussi que le traitement est souvent long et que l'expérience que le malade fait de son mal est parfois accompagnée d'une situation psychologique aux connotations dépressives. Ce sont là trois façons d'envisager un même problème pathologique, chacune ayant sa propre légitimité et chacune contribuant à dessiner ensemble ce qu'on pourrait appeler une approche globale de la pathologie. Une telle approche se développe de plus en plus au sein de la médecine clinique sans pour autant que les trois paradigmes explicatifs ne se soient encore vraiment intégrés dans un paradigme compréhensif au niveau de la médecine académique et de l'enseignement.

A ces trois paradigmes de base, biologique, socio-épidémiologique et phénoménologico-psychologique, s'est ajouté au cours des deux dernièrs décades un nouveau paradigme, celui de la compétence ou de la sensibilisation culturelle, qui s'est imposé aux cliniciens avec d'autant plus d'urgence qu'ils rencontrent quotidiennement dans leur clientèle des patients qui appartiennent à plusieurs groupes culturels différents. Tout en étant conscients du fait que certaines pathologies physiques mineures sont à peu près exprimées de la même façon chez des patients de différentes cultures, certains cliniciens ont noté des

différences importantes dans les aspects socio-culturels de problèmes comme le cancer, l'hypertension, le diabète, l'épilepsie, ...; par dessus tout, les psychiatres et spécialistes en santé mentale ont signalé une extraordinaire diversité dans l'expression des symptômes dans le cas des troubles psychiques.

Progressivement au cours des dernières années, un certain nombre de concepts théoriques issus de l'anthropologie médicale ont été adoptés par quelques cliniciens qui désiraient une pratique plus sensible à la problématique culturelle de leurs patients. Sans prétendre faire le tour de la question, nous examinons ici les implications pour la clinique de cinq catégories principales de concepts: (1) le "modèle biopsychosocial" de Engel (1977); (2) le "modèle ethnomédical" de Fabrega (1975); (3) la dichotomie "disease/illness" introduite par Eisenberg (1977);; (4) les "semantic illness networks" ou "réseaux sémantiques de la maladie" de Good (1977); et (5) les "modèles explicatifs" de Kleinman (1980). Ces concepts se sont révélés être fort utiles pour mener des recherches sur la pathologie dans une perspective transculturelle mais ce n'est que petit à petit qu'ils trouvent des applications pratiques au niveau des transactions thérapeutes-clients. C'est précisément du problème de l'applicabilité clinique de ces concepts dont nous discutons dans le reste de cette section.

Les modèles biopsychosocial et ethnomédical, et la distinction "disease/illness" ont été respectivement mises au point par Engel,

Fabrega et Eisenberg qui sont des médecins formés dans le domaine des sciences sociales, en anthropologie spécialement, et qui ont essayé d'attirer l'attention de leurs collègues médecins sur les dangers d'une approche clinique exclusivement centrée sur le modèle biologique. L'alternative proposée par Fabrega (1975:696) définit l'ethnomédical comme "l'étude de la manière dont les membres de différentes cultures pensent relativement à la maladie et organisent le processus de recherche de thérapie", mettant l'accent sur la manière dont les conceptions culturelles sont de fait utilisées dans le contexte d'un épisode réel de maladie pour lequel on cherche un traitement; c'est la mise en acte actuelle des conceptions qui intéresse avant tout Fabrega. Engel (1977) dénonce lui aussi les limites du modèle biomédical classique et propose à sa place une approche davantage systémique: la rencontre avec le patient n'éclaire vraiment le thérapeute sur le problème que s'il prend aussi en considération les facteurs psychologiques, le contexte social du patient ainsi que ce qui a été fait par le groupe pour lutter contre la maladie.

Tout en étant intéressants, il semble que ces concepts soient considérés comme trop globaux pour être vraiment utiles dans le contexte de la pratique clinique. Certains cliniciens ont adhéré davantage à la distinction de Eisenberg entre "disease" qui renvoie à la pathologie ou à la disfonction, et "illness" qui traduit l'expérience que l'individu fait de la maladie, sa manière de la vivre, ce qu'il construit sur le donné biologique de base, ce construit étant lui-même réalisé à partir

des éléments culturels disponibles et de la trajectoire personnelle du malade. Tous les cliniciens savent en effet que traiter une maladie ne signifie nullement guérir un patient et cette expérience clinique peut les avoir ouverts à l'intérêt thérapeutique que représente la prise en considération de l'expérience subjective de la maladie chez le patient. Un jeune médecin-anthropologue qui s'est intéressé au problème que pose aux cliniciens, l'adoption d'une clinique attentive à "l'illness" résume la situation actuelle de la façon suivante:

> "Clinicians are resistant to dealing with "illness problems" (as opposed to "disease problems"): they may be unconfortable with illness problems because they are less sure of what to do than with disease problems; in dealing with illness problems it is usually necessary to give patients more power of self-determination that is customary in the usual patient-clinician interaction; and appropriate management of illness problems often requires a considerable amount of time"
> (Philips, 1985:32)

L'approche interprétative telle qu'elle s'exprime dans les concepts de "réseaux sémantiques" (Good) et de "modèles explicatifs" (Kleinman) semble avoir davantage rencontré la faveur des cliniciens, sans doute à cause de l'importance que revêt pour eux le processus diagnostique, lequel est fondamentalement une entreprise d'interprétation. Good (1977), Good et Del Vecchio Good (1981,1984) et plus récemment toute l'équipe travaillant avec Good (1986) à la Psychiatric Cultural Consultation Clinic de Davis en Californie ont proposé un nouveau mode de raisonnement clinique centré sur la recherche de la signification et une herméneutique des symboles qui sont associés à l'épisode de la

maladie. Pour interpréter adéquatement la maladie d'une personne, le clinicien devrait pouvoir lire les multiples niveaux de sens qu'une maladie particulière revêt pour une personne, une telle lecture impliquant une connaissance des valeurs culturelles centrales du groupe auquel appartient la personne malade.

Le psychiatre-anthropologue de Harvard, Arthur Kleinman, celui-là même qui a lancé la très importante revue Culture, Medicine and Psychiatry, a réussi mieux que tout autre spécialiste des sciences sociales à faire entrer la problématique d'une recherche culturelle du sens dans la pratique des cliniciens. Il l'a fait en contrastant les modèles explicatifs du patient et du thérapeute tels que ceux-ci s'expriment dans la rencontre thérapeutique, rencontre qui doit nécessairement déboucher sur une négociation. Le "modèle explicatif du malade" est constitué par un ensemble de croyances au sujet de la cause de la maladie, du moment d'apparition des symptômes, du développement de la maladie, de la pathophysiologie, et du traitement; dans la construction de ce modèle, le patient fait entrer des éléments qui appartiennent à sa culture, d'autres qui sont particuliers à son contexte familial et enfin certains qui lui viennent de son histoire personnelle. Chez le thérapeute, Kleinman distingue un modèle explicatif scientifique qui est abstrait et totalement inspiré de la formation académique à côté d'un modèle clinique qui intègre la personnalité du clinicien et toute son expérience de thérapeute. Dans la transaction thérapeutique, c'est le modèle clinique personnel du

thérapeute qui rencontre le modèle individuel du patient, rencontre qui s'effectue dans le cadre d'une négociation au terme de laquelle le patient devrait se sentir davantage pris au sérieux et par le fait même plus motivé à participer à son traitement. Plusieurs cliniciens qui s'inspirent de l'approche de négociation proposée par Kleinman pour leur pratique signalent qu'elle permet d'améliorer la communication, qu'elle augmente la satisfaction de part et d'autre tout en assurant une plus grande fidélité du patient au traitement.

En plaçant le problème du diagnostic et la transaction clinique au centre de leur contribution à la culturalisation de la pratique médicale, les anthropologues ont incontestablement interpellé les thérapeutes au coeur même de leur travail professionnel. Il faut cependant noter que les concepts proposés restent souvent encore vagues et difficiles d'application dans des situations où des décisions importantes pour la personne malade doivent souvent être prises relativement vite par les cliniciens; la voie sémiologique vers une plus grande attention à comprendre les différents aspects de la maladie s'ouvre aujourd'hui de plus en plus et devrait permettre de voir progressivement apparaître une clinique sensible à la culture des patients. L'évolution ne pourra se faire dans cette direction que si les thérapeutes sont préparés très tôt durant leur formation médicale à une approche sémiologique qui donne une place à la culture des patients.

Tout ce qui vient d'être dit au sujet de la clinique médicale s'applique avec d'autant plus de vérité que le problème présenté par le patient est moins strictement biologique: les pathologies infectieuses ont par exemple un caractère universel relativement indépendant des environnements culturels spécifiques (en réalité, même dans le cas de ces pathologies, il existe un construit culturel) alors que les problèmes à forte composante psychologique ou sociale permettent une plus grande culturalisation. Il s'en suit que les travailleurs sociaux doivent aussi repenser dans le même sens que les médecins leur interprétation des problèmes qu'ils rencontrent dans leur pratique. Nous ne parlerons pas ici de la littérature qui est fort abondante sur ce sujet et nous renvoyons le lecteur au livre récemment édité par Yelada (1985) qui discute, entre autres, des caractéristiques d'une approche culturelle des problèmes sociaux.

En conclusion à ce chapitre qui traite de l'approche ethnoculturelle de la maladie et des problèmes psychosociaux, il nous semble d'abord important de rappeler que les quatre espaces ou champs que nous avons successivement parcourus ne doivent pas être pensés en discontinuité mais davantage de façon complémentaire, le progrès réalisé dans un des quatre domaines pouvant générer des avancées dans les autres; nous sommes conscients du fait qu'il faudra parcourir un long chemin avant que puissent s'actualiser les orientations décrites dans ce chapitre et que les changements doivent être introduits tant dans les méthodes de recherche que dans la formation des futurs intervenants ou

les conditions de pratique. Nous pensons cependant que les milieux cliniques médicaux et sociaux qui seront de plus en plus confrontés à une clientèle multiethnique réagiront en exerçant des pressions auprès des divers services et organismes pour qu'on leur donne les moyens d'offrir des services de qualité, laquelle qualité implique un prise en considération de la dimension culturelle des problèmes. Nous pensons que ce sont finalement les exigences mêmes de la clinique qui initieront le processus d'adaptation culturelle dans nos institutions de recherche, de formation et de services socio-médicaux.

4. Conclusion

Voilà mis en place l'appareillage théorique dont nous parlions dans les premières lignes de cette partie: il peut apparaître complexe à certains lecteurs mais il représente pour nous le minimum de concepts auxquels il faille se référer pour procéder à une lecture adéquate des problématiques culturelles. Aux planificateurs et aux administrateurs qui seraient tentés de nous reprocher d'aborder le problème de fort loin, nous répondons que le "regard éloigné" permet de mieux mettre en perspective et par un serrage progressif de rejoindre petit à petit la réalité, en atteignant celle-ci en des points précis; aux représentants d'organisations culturelles qui peuvent penser que notre approche tend à "dépolitiser" les problématiques à travers une lecture "académique" de la réalité, nous rappelons que c'est principalement à des chercheurs

issus des communautés culturelles elles-mêmes que nous avons donné la parole; et enfin aux membres des communautés culturelles qui se sont reconnus ici et là dans les pages précédentes et qui pourraient légitimement nous reprocher d'avoir parlé à leur place nous disons notre souhait de les entendre proclamer haut et net, et de leur propre bouche, le droit à leur spécificité linguistique et culturelle. Notre parole à nous a été celle de l'hôte qui croit en la richesse de la diversité culturelle.

RÉFÉRENCES

ALPHALHAO, J. Antonio, DA ROSA, Victor
1979 Les Portugais au Québec, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa

ARONSON, Dan R.
1976 "Ethnicity as a Cultural System", in F. Henry (ed), Ethnicity in the Americas, The Hague, Paris: Mouton, pp.9-19

ANCTIL, Pierre
1987 "Avant la parole et le geste", in Vice Versa. Magazine transculturel, 17, pp.6-7

ANCTIL, Pierre, CALDWELL, Gary
1984 Juifs et réalités juives au Québec, Québec: I.Q.R.C.

BARTH, Fredrik (ed)
1969 Ethnic Groups and Boundaries, Boston: Little, Brown

BATES, Maryann S.
1987 "Ethnicity and Pain: a Biocultural Model", in Social Science and Medicine, 24,1,47-50

BERNIER, Bernard, ELBAZ, Mikhael, et LAVIGNE, Gilles
1978 "Ethnicité et lutte de classes", in Anthropologie et société, (numéro spécial sur Minorités ethniques et nationalismes), 2,1,15-60

BIBEAU, Gilles
1981 "Current and Future Issues for Medical Social Scientists in Less Developed Countries", in Social Science and Medicine, 15a,357-377

1983 "La place de l'anthropologie médicale dans la rencontre entre sciences sociales et sciences de la santé", in Santé, Culture, Health, Bulletin d'information en anthropologie médicale et ethnopsychiatrie, 1,2,3-13

1985a "Des pratiques différenciées de santé. Une approche ethnique de la pathologie", in J. Dufresne et al. (eds) Traité d'anthropologie médicale, Québec: Institut Québécois de Recherche sur la Culture

1985b "Le discours sur la santé et la maladie dans deux populations du Québec métropolitain", in Pierre Crépeau (ed) Médecine et religion populaire. Folk Medicine and Religion, Ottawa: Centre Canadien d'Etudes sur la culture populaire, Musées Nationaux du Canada

BRETON, Raymond
1987 "Entrevue: A l'écoute des communautés ethniques", in Interface. La revue des chercheurs, 8, 1, 5-8

BRETON, Raymond, BRETON, Albert
1980 Why disunity?, Toronto: University of Toronto Press

CACCIA, Fulvio, TASSINARI, Lamberto
1986 "Vers une "lingua franca" de la transculture. L'erreur de l'intelligentsia", in Le Devoir, 28 juillet 1986

CALDWELL, Gary, WADDELL, Eric
1982 The English of Quebec: From Majority to Minority Status, coll. Identité et changement culturels, no.2

CALDWELL, Gary
1987 "La loi 101 contre les chartres des droits de la personne", in Liberté ("Watch ta langue", spécial 101), pp.6-13

CAZEMAJOU, Jean, MARTIN, Jean-Pierre
1983 La crise du melting-pot. Ethnicité et identité aux Etats-Unis de Kennedy à Reagan, Paris: Aubier Montaigne

CHAN, Kwok B.
1983 Coping with Aging and Managing Self-Identity: The Social World of the Elderly Chinese Women, Canadian Ethnic Studies, vol. XV, no.3, pp.36-50

CHRISMAN, Noel J.
1977 "The Health Seeking Process: An Approach to the Natural History of Illnes", in Culture, Medicine and Psychiatry, 1,4, pp.351-378

CHRISMAN, Noel J., MARETZKI, T.W.
1982 Clinically Applied Anthropology. Anthropologists in Health Science Settings, Dordrecht, Holland: Reidel

COLLECTION LOIS ET REGLEMENTS
1986 Services de santé et services sociaux. Lois et règlements, Outremont: Judico Inc.

COMMISSION DES SERVICES COMMUNAUTAIRES, CSSSRMM
1981 Proposition pour une politique d'accessibilité des services socio-médicaux aux populations des groupes ethniques, M.S.

CONSTANTINIDES, Stephanos
1983 Les Grecs du Québec, Montréal, O Metoikos, Le Métèque

CORIN, Ellen
1985a "The Relation between Formal and Informal Social Support Networks in Rural and Urban Context", in V.W. Marshall (ed) Aging in Canada: Social Perspectives, Fitzhenry and Whiteside

1985b "Rituel, maladie et guérison", in Pierre Crépeau (ed) Médecine et religion populaire. Folk Medicine and Religion, Ottawa: Centre Canadien d'études sur la culture populaire, Musées Nationaux du Canada

1985c "La santé: nouvelles conceptions, nouvelles images", in J. Dufresne et al. (eds) Traité d'anthropologie médicale, Québec: Institut Québécois de Recherche sur la Culture

1985d "Les espaces sociaux et symboliques de la réhabilitation des patients schizophrènes", in P.M. Pandolfi et A. Zempleni (eds) Etnopsichiatria oggi, Roma

1985e "Définisseurs culturels et repères individuels: le rapport au corps chez les personnes âgées",in International Journal of Psychology, 20,4/5,471-500

CORIN, Ellen, BIBEAU, Gilles, LAPLANTE, Robert, MARTIN, Jean-Claude
sous presse "L'accessibilité culturelle des services psychiatriques en Abitibi. Une perspective anthropologique", in Transition (sous presse)

CORIN, Ellen, BIBEAU, Gilles, MARTIN, Jean-Claude, SACHEL, Alain
1985 Le contexte social et culturel des problèmes socio-sanitaires en Moyenne-Côte-Nord. Une perspective pour le développement des services communautaires, Rapport ronéotypé présenté au Centre de Santé St-Jean-Eudes, au Havre St-Pierre

CORIN, Ellen, LAMARRE, S., MIGNEAULT, P., TOUSIGNANG, M.
sous presse Regards anthropologiques en psychiatrie, Montréal: Editions GIRAME, (sortira de presse en mai 1987)

CRAIG, R. et al.
1986 Anthropology and Epidemiology. Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease, Dordrecht, Holland: Reidel

DEVISCH, Renaat
1984 "No Son for my Stifling Husband": The "Other" in Illness. A Clinical Anthropological Approach of a Turkish Family, in Analytic Psychotherapy and Psychopathology, Roma: Universita Tor Vergata, 1,2,151-163
1985 "Symbole et symptôme dans l'espace-temps corporel", Numéro interdisciplinaire spécial, in Journal International de Psychologie, 20,4/5
sous presse "Eaten up with Pain: A Semantic Anthropological Approach to Epigastric Complaints among Flemish Patients", in Social Science and Medicine, (sous presse)

DORVIL, Henri
1985 "Types de société et de représentation du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale", in J. Dufresne et al. (eds) Traité d'anthropologie médicale, Québec: Institut Québécois de Recherche sur la Culture

DUBREUIL, Guy (et E.D. Wittkower)
1985 "Primary Prevention", in The Search for the Future: Psychoanalysis, Psychotherapy and Mental Health, American Mental Health Foundation, vol.11, 30 pp.

EISENBERG, Leon
1977 "Disease and Illness: Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness", in Culture, Medicine and Psychiatry, 1,1,19-23

ELBAZ, Mickael
1985 Identité ethnique et fragmentation socio-politique chez les Juifs montréalais, Communication, Congrès de l'ACSALF, Chicoutimi

ENGEL, George L.
1977 "The Need for a New Medical Model: A challenge for Biomedicine", in Science, 196,129-136

ERTEL, R. et al.
1971 En marge, Paris: François Maspero

FABREGA, Horacio, Jr
1975 "The Need for an Ethnomedical Science", in Science, 189,969-975

GANS, H.
1962 The Urban Villagers, Glencoe Ill: Free Press

GENEST, Serge
1978 "Introduction à l'ethnomédecine: essai de synthèse", in Anthropologie et sociétés, 2,3,5-15

GOOD, Byron J.
1977 "The Hearth of the Matter: The Semantics of Illness in Iran", in Culture, Medicine and Psychiatry, 1,1,25-58

GOOD, Byron, DEL VECCHIO-GOOD, M.J.
1981 "The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice", in L. Eisenberg et A.M. Kleinman (eds) The Relevance of Social Science for Medicine, Dordrecht, Holland: Reidel, pp.165-196
1984 "Toward a Meaning-centered Analysis of Popular Illness Categories: "Fright-illness" and "Hearth distress" in Iran, in A.J. Marsella et G.M. White (eds) Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy, Dordrecht, Holland: Reidel, pp.141-166
1986 "The Cultural Context of Diagnosis and Therapy: A View from Medical Anthropology", in Manuel R. Miranda et Harry H.L. Kitano (eds), Mental Health Research and Practice in Minority Communities: Development of Culturally Sensitive Training Programs, Washington:U.S. Department of Health and Human Services

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC
1981a La politique québécoise du développement culturel, vol.1

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC
1981b Autant de façons d'être Québécois. Plan d'action du gouvernement du Québec à l'intention des communautés culturelles, Ministère des Communautés culturelles et de l'immigration, 78 pp.

GREELEY, A.
1974 Ethnicity in the United States, New York: John Wiley and Sons

HARWOOD, Alan
1981 Ethnicity and Medical Care, Cambridge, MA: Harvard University Press

HELMAN, Cecil
1985 Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals, Bristol:Wright

HOE, Ban Seng
1979 Folktales and Social Structures: The Case of the Chinese in Montreal, Canadian Folklore Canadien, vol. I,(1-2), pp.25-35

HOWES, David J.
1986 "Le sens sans parole: vers une anthropologie de l'odorat", in Anthropologie et sociétés, 10,3,29-46

IOANNOU, Tina
1983 La communauté grecque du Québec, Québec, Institut Québécois de Recherche sur la Culture

JORDAN, W.D.
1968 White and Black, Baltimore: Penguin Books

KIRMAYER, Laurence J.
1986 "Somatization and the Social Construction of Experience", in S. McHugh (ed) Illness Behavior: A Multidisciplinary Perspective, New York: Plenum Press

KLEINMAN, Arthur H.
1980 Patients and Healers in the Context of Culture, Berkeley: University of California Press
1983 "The Cultural Meaning and Social Uses of Illness", in Journal of Family Practice, 16,3,539-545
KLEINMAN, Arthur, EISENBERG, L., et GOOD, B.J.
1978 "Culture, Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropological and Cross-cultural Research", in Annals of Internal Medicine, February, pp.251-258
KOVESS, Viviane
1986a "Les évènements de la vie et la santé", in Revue de médecine psychosomatique, 5, 85-93
1986b "Les indicateurs de santé mentale", in Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris
LABELLE, M., TURCOTTE, G., KEMPENEERS, M. ET MEINTEL, D.
1987 Histoires d'immigrés, Montréal: Boréal
LALONDE-DUBREUIL, Louise et al.
1986 Familles monoparentales, développement de l'enfant et rôle des parents dans un contexte multiethnique, (rapport ronéotypé)
LAROSE, Serge
1986 "Les communautés caraïbéennes du Québec: fidélité aux origines et désir d'intégration", in Revue Forces, no.73, pp.74-76
LEAVITT, John
1984 "Therapeutic Systems of the Central Himalaya", in Santé, Culture, Health, 11,1,9-15
LEBEL, Bertrand
1986 "Les relations entre les membres des communautés culturelles et les services sociaux et de santé", in Canadian Ethnic Studies, XVIII,2,pp.79-89
LIN, T. et al.
1978 "Ethnicity and patterns of help-seeking", in Culture, Medicine and Psychiatry, 2,2,13-14
LLAMBIAS-WOLFF, Jaime
1986 "Reflexions sur la condition d'exilés", in Revue Forces, no.73, pp.82-84
LOCK, Margaret
1985 "Illness and Culture in Contemporary Japan", in Journal of Asian and African Studies, 20, 118-121
1986a "Comparative Studies of Menopause", numéro spécial de Culture, Medicine and Psychiatry, 10
1986b Introduction to Cultural Construction of Health and Illness in Japan, E. Norbeck et M. Lock (eds), Honolulu: University of Hawaii Press
1986c "The cultural Construction of Menopause in Japan", in Santé, Culture, Health
1986d "DSM III as a Culture-Bound Classificatory System: A Response to Raymond Prince's", "DSM III and the Culture-Bound Syndrome", in Culture, Medicine and Psychiatry, 11,1,35-42

McKINLAY, John B.
1972 "Some Approaches and Problems in the Study of the Use of Services - an Overview", in Journal of Health and Social Behavior, 13,115-152

MICHAUD, Guy (dir.)
1978 Identités collectives et relations inter-culturelles, Bruxelles: Editions Complexes

MURPHY, Henry B.M.
1982 Comparative Psychiatry: The International and Intercultural Distribution of Mental Illness, New York: Springer-Verlag
1985 "Diseases of Civilisation?", in Psychological Medicine, 14, 487-490

NOVAK, M.
1972 The Rise of the Unmeltable Ethnics, New York: Macmillan

OTTMANN-CLISH, Liane
1986 Accessibility of Health and Social Services for Cultural Communities in the Montreal Metropolitan Area, Programme de Maîtrise en politiques et administration publiques, Université de Concordia, 98 pp.

PALINKAS, Lawrence A.
1987 "A Longitudinal Study of Ethnicity and Disease Incidence", in Medical Anthropology Quarterly, 1,1,pp.85-108

PARSONS, Talcott
1981 "Some Theoretical Considerations on the Nature and Trends of Change of Ethnicity", in Glazer et D.P. Moynihan (eds), Ethnicity: Theory and Experience, Cambridge: Harvard University Press, pp.53-83

PHILIPS, Michael R.
1985 "Can "Clinically Applied Anthropology" Survive in Medical Care Settings?", in Medical Anthropology Quarterly, 16,2,31-35

PORTER, John
1965 The Vertical Mosaic, Toronto: University of Toronto Press

PROVOST, Honorius
1984 Les premiers Anglo-Canadiens à Québec - Essai de recensement (1759-1775), coll. Document de recherche, no.1, 2e édition

RAMIREZ, Bruno
1982 La recherche sur les Italiens du Québec, Question de culture, 2, pp.103-111

RAMIREZ, Bruno
1984 Les premiers Italiens de Montréal. L'origine de la Petite Italie du Québec, Montréal, Boréal express

REVUE FORCES
1986 Numéro spécial sur les communautés ethniques, éd. par la Société d'éditeur de la revue forces, no.73

ROME, David, NEFSKY, Judith, OBERMEIR, Paule
1981 Les Juifs du Québec: de majoritaires à minoritaires, coll. Identité et changement culturels, no.1

ROSENSTOSK, I.M.
1966 "Why People Use Health Services", in Milbank Memorial Fund Quarterly, (part 2), 44, pp.94-127
RUDIK, Ronald
1985 The Forgotten Quebecers. A History of English Speaking Quebec. 1759-1980
SALEM, Norma
1986 "La communauté arabophone au Québec", in Revue Forces, no.73, pp.70-73
SCHEPER-HUGHES, Nancy, LOCK, M.M.
1986 "The Mindfull Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", in Medical Anthropology Quarterly, 1,1,6-41
SCHERMERHORN, R.A.
1967 Comparative Ethnic Relations, New York: Random House
SELIM ABOU
1981 L'identité culturelle. Relations interethniques et problèmes d'acculturation, Paris: Editions Anthropos
THERNSTROM, Stephan (ed)
1980 Harvard Encyclopedia of American Ethnic Groups, Boston: Harvard University Press
TOUSIGNANT, Michel
1985a "Regard anthropologique sur le suicide des jeunes", in Santé, Culture, Health, 3,3,10-18 (en collaboration avec Doris Hanigan)
1985b La santé des jeunes au Canada: bilan, tendances et aspects psychosociaux, Ottawa: Secrétariat d'Etat
TREMBLAY, Marc-Adélard
1983 "L'anthropologie de la santé: une réponse aux innovations dans le système médical québécois", in Santé, Culture, Health, 1,2,14-21
La santé des Québécois: le discours d'un anthropologue, (soumis pour publication)
VAN DEN BERGHE, Pierre L.
1981 The Ethnic Phenomenon, New York: Elsevier
WILLIAMS, Stephen J., TORRENS, Paul R. (eds)
1980 Introduction to Health Services, New York: John Wiley and Sons
YELADA, Shankar, A. (ed)
1985 An Introduction to Social Work Practice in Canada, Scarborugh: Prentice-Hall
ZOLA, Irving K.
1966 "Culture and Symptoms: an Analysis of Patients Presenting Complaints", in American Sociological Review, 31,615-630
1973 "Pathways to the Doctor - From Person to Patient", in Social Science and Medicine, 7,677-689

PARTIE II

Expériences étrangères d'adaptation culturelle des services socio-médicaux: une description

L'objectif de cette deuxième partie du rapport est de présenter une analyse comparative à partir de données concrètes relatives à des expériences d'adaptation de services socio-médicaux aux communautés culturelles, expériences réalisées hors du Québec.

Les interrogations sur cette problématique de l'accessibilité face aux systèmes socio-médicaux ne se posent pas, loin s'en faut, uniquement au Québec. Elles touchent de façon globale tous les pays et toutes les provinces canadiennes qui doivent faire face à une population issue de communautés culturelles diverses.

C'est le cas, plus particulièrement au Canada de provinces comme l'Ontario, vu l'importance de la population d'origine asiatique vivant à Toronto, et comme le Manitoba qui doit lui aussi faire face à une adaptation de ses services à l'égard, entre autre, d'une clientèle amérindienne autochtone. C'est le cas aussi d'autres pays comme les Etats-Unis évidemment, mais aussi de certains pays européens comme la France et la Belgique notamment. Chacune des expériences sélectionnées dans les pays retenus pour notre étude porte sur un aspect particulier lié à cette problématique. Car si celle-ci est perçue comme importante par tous les gouvernements des pays concernés, elle ne l'est pas de la même façon, ni au même degré. Chaque pays adopte alors la ou les solutions lui paraissant les plus appropriées, solutions qui sont liées très étroitement à des objectifs gouvernementaux d'action sociale.

Ainsi l'expérience française se réfère à une approche "socialisante", en mettant un accent particulier sur les influences socio-économiques (habitat, bas salaire, chômage, ...) et linguistiques (taux d'analphabètes, unilinguisme, ...) intervenant sur l'accessibilité aux services socio-médicaux par les communautés culturelles, principalement d'origine Nord-Africaine.

En Belgique, nous le verrons, c'est une approche anthropologique qui est actuellement tentée; ici des notions psychologiques, médicales, sociales et surtout culturelles se trouvent être le point de référence pour une meilleure accessibilité des communautés culturelles marocaine, italienne et turque exclusivement.

Aux Etats-Unis par contre, et surtout en Floride dont il est le plus question dans ce qui suit, l'accent est mis de façon beaucoup plus importante sur l'enseignement et la formation du personnel du réseau (médecins, infirmiers, internes, ...) par une approche anthropologique aux différentes perceptions culturelles liées à la maladie, tout ceci basé sur un matériel ethnographique recueilli dans les communautés culturelles haïtienne, portoricaine, cubaine, bahamienne et noire américaine.

Toutes ces expériences étrangères au Québec sont là pour nous aider, et nous permettre de porter, comme il est dit en introduction générale de ce rapport, un "regard éloigné", c'est-à-dire établir une

distance critique nous permettant de poursuivre nos investigations et nos recherches dans les solutions qui pourraient s'adapter à la réalité québécoise.

Ce n'est que par cette "di-vision", ou vision double, celle qui part de l'intérieur en regardant ce qui se fait autour de nous au Canada, associée à celle qui nous vient des expériences étrangères que nous pourrons définir et adopter les solutions les plus appropriées et les plus en harmonie avec le nouveau projet de société québécoise multi-ethnique prévu pour l'an 2000.

1. Les expériences canadiennes hors du Québec

Dans les expériences canadiennes hors du Québec, deux provinces ont retenu particulièrement notre attention: la province de l'Ontario et la province du Manitoba.

1.1 La situation en Ontario

Pour la province de l'Ontario, l'exemple le plus probant revient à la ville de Toronto qui est, rappelons-le, la deuxième ville du Canada avec Montréal à accueillir le plus d'immigrants chaque année. Ainsi, l'accessibilité aux services socio-médicaux par les communautés culturelles s'y pose de façon cruciale.

Quelles sont alors les expériences pertinentes, propres à Toronto dans ce domaine? Comment cette ville s'est-elle organisée face à cette problématique? C'est ce que nous allons tenter d'expliquer à l'aide des deux exemples qui vont suivre. Avant d'aller plus en avant, il nous faut préciser que la province de l'Ontario, n'a, elle aussi, pas encore clairement défini dans ses textes de loi les articles se rapportant directement à cette problématique, et que les deux exemples qui suivent relèvent de services privés. Cependant ils reflètent bien les nécessités et les besoins ressentis d'une part par le personnel des services socio-médicaux et d'autre part par les communautés ethniques elles-mêmes.

La communauté asiatique et plus précisément chinoise de Toronto est en nombre supérieur à celle existante à Montréal. Ainsi la question fut de savoir comment les hôpitaux de Toronto répondent aux demandes des communautés culturelles? comment ces hôpitaux font face aux besoins de celles-ci, et travaillent avec?

A nos yeux, le Toronto Western Hospital rapporte une expérience intéressante, qui vise principalement la communauté asiatique de la ville. Cet hôpital s'est donné les moyens face à une clientèle asiatique-chinoise principalement, de développer et d'intégrer une équipe faite de sociologues et psychologues issus de la communauté chinoise de Toronto, afin d'ajuster ses perceptions bio-médico-sociales en intégrant des considérations médico-socio-culturelles chinoises dans

ses services de soins et d'aide. En pratique, les thérapeutes hospitaliers et les infirmières face à tout nouvel hospitalisé d'origine chinoise sont à même de faire la différence linguistique au moins entre une personne parlant le cantonais ou le mandarin par exemple et faire appel à un ou plusieurs interprètes chinois qui feront office de "cultures brokers" entre le malade et le thérapeute. L'action de ces "cultures brokers" ne se situe pas uniquement à ce degré de traduction, ils interviendront régulièrement sous forme de mini-conférences dans l'hôpital pour le personnel; conférences relatives à leurs travaux de recherche, puisqu'en parrallèle se sont établies des recherches très précises sur les "formes" chinoises de l'hospitalisation en Occident. Un matériel ethnographique médical et sociologique considérable a pu être recueilli par cette équipe afin d'en permettre une analyse statistique très pertinente où les notions relatives à la Santé, à la Culture et à la Maladie sont prédominantes. Enfin, cette équipe de recherche est admise lors des réunions médicales de travail tenues en commun avec les médecins hospitaliers et les infirmières. La présence de cette équipe permet alors de rectifier, redéfinir ou affiner certaines informations médicales abordées au cours de ces réunions de travail. Ainsi grâce à un statut clairement défini par l'administration de cet hôpital (salariés), et grâce aux besoins ressentis aussi bien du côté des thérapeutes que de la clientèle ethnique concernée, cette équipe de recherche a su parfaitement s'intégrer et se légitimer aux yeux du personnel hospitalier.

Le deuxième exemple pris lui-aussi dans la ville de Toronto, nous est donné par un autre hôpital, de taille plus modeste que le Western Hospital; il s'agit du Central Hospital dit aussi le "Canada's Language Hospital". Fondé en 1957, cet établissement hospitalier s'est donné pour vocation, "les soins médicaux aux populations dont la langue maternelle n'est pas l'anglais" (dixit). Aujourd'hui, on parle trente langues dans le Central Hospital de Toronto. Cet hôpital se dit être à l'échellon national canadien le "leader" dans sa "spécialité ethnique". En tout cas il en fut certainement le pionnier. Ainsi, de par sa vocation essentiellement multiethnique, cet hôpital a su élaborer un système d'accueil, où les formulaires administratifs, renseignements et autres questionnaires relatifs aux antécédents médicaux et chirurgicaux, aux médicaments régulièrement absorbés, à la diététique, etc. sont disponibles en trente langues. Si le patient ne sait ni lire, ni écrire, un service d'interprètes est disponible 24 heures sur 24 et ceci sept jours sur sept. Ces interprètes sont puisés essentiellement dans le personnel soignant (médecins, infirmières, aide-soignantes) multiethnique.

Un effort dans la diététique est aussi fait puisque la diététicienne responsable établit ses menus en fonction des appartenances culturelles des patients. Il existe aussi une bibliothèque où des ouvrages et revues de toutes langues sont mis à la disposition des patients. Un service "d'aide linguistique" est offert aux patients ne parlant pas l'anglais. Ce service externe à l'hôpital intervient le

deuxième jour de l'hospitalisation, et il est composé de personnes non-spécialisées sur le plan médical, toutes bénévoles. Ainsi, un suivi ou en tout cas un dialogue s'établit entre le personnel médical et le malade au travers d'une foule d'interprètes issus d'un personnel médical ou non. Le patient pourra alors communiquer ses plaintes ou ses commentaires qui seront toujours pris en compte, nous assure la direction du Central Hospital.

En parallèle à cet hôpital, s'est développée une clinique de soins externes avec la même vocation multiethnique. Très prochainement, on compte ouvrir un service infirmier d'aide à domicile spécialisé lui-aussi dans l'ethnicité. Ce sera alors le premier service infirmier d'aide à domicile multiethnique dans le pays nous a fait remarquer le Central Hospital dont il dépendra.

Le Central Hospital se focalise uniquement sur le caractère linguistique de la problématique multiethnique face aux systèmes de soins et d'aide. Il pense qu'augmenter le nombre de langues parlées dans les institutions est un moyen d'augmenter l'accessibilité de ces institutions aux personnes originaires de milieu multiethnique. Ceci peut être vrai, mais à notre sens, cela ne prend pas en compte la dimension réelle globale du problème.

Il faut aussi noter l'exemple de l'Université de Lakehead dans l'Ontario. Face à ce même problème d'accessibilité et à celui de la

compréhension des systèmes médicaux tels qu'ils existent dans les réserves pour les autochtones du Canada, problèmes dus au fait de la non représentativité ethnique amérindienne au sein des équipes de santé et des problèmes linguistiques et culturels adjacents, l'Université de Lakehead a réussi conjointement avec un groupe d'infirmières diplômées amérindiennes à mettre sur pied un programme d'enseignement pré-universitaire et à dégager les besoins et les services médicaux à mettre en place par et pour les Amérindiens. Ce programme de pré-formation initiale permettra de remettre à niveau les étudiants issus des communautés amérindiennes et de leur donner accès à une école d'infirmières afin d'y suivre un coursus universitaire classique.

Ce désir d'intégrer, dans les équipes médicales oeuvrant dans les réserves amérindiennes ou aux alentours, un personnel issu des communautés amérindiennes concernées semble être un phénomène très nouveau et suffisamment louable pour que l'on puisse le mentionner ici.

1.2 La situation au Manitoba

Dans cette même direction et concernant toujours les communautés amérindiennes, l'expérience actuellement menée dans la province du Manitoba par le département de Médecine sociale et préventive de Winnipeg, nous semble aussi pertinente. Il s'agit ici d'intégrer au personnel hospitalier classique, une nouvelle catégorie de personnes intervenant elles uniquement dans les relations culturelles d'abord et

linguistiques ensuite entre le personnel médical et l'hôpital d'une part et les populations amérindiennes d'autre part. Il semblerait selon les auteurs de ces recherches (Kaufert, J. O'Neil, J. et Koolage, W.:1985) que le rôle dans l'interprétariat ne soit en lui seul pas suffisant. Ils introduisent ici les notions "d'advocacy" et de "culture brokerage". Ces rôles dans une relation individualiste établie à long terme avec le patient, semblent primordiaux pour l'intégration et la compréhension du système médical occidental par les Amérindiens et à l'inverse, pour la compréhension et l'intégration du système de pensée amérindien (des notions relatives au corps et à la maladie) par les Occidentaux.

Ainsi avec Kaufert, O'Neil et Koolage nous entrons dans une dimension plus anthropologisante d'un processus d'adaptation mutuelle réciproque, et non plus uniquement dans une problématique de communication essentiellement linguistique. En cela, leurs travaux ont retenu toute notre attention.

Enfin pour conclure, il nous faut noter que de plus en plus, ces notions d'accessibilité sont relatées, mises à jour, lors de colloques et autres symposiums portant sur la santé. La voix des associations issues des communautés multiculturelles se fait entendre et ceci dans tout le pays. Ce fut le cas justement en Novembre dernier à Toronto où s'est tenu un symposium de trois jours portant sur la Coalition Santé Multiculturelle. Ce symposium regroupait quelque 200 groupes et associations diverses issues de tout le pays, ainsi qu'un grand nombre

de représentants des communautés culturelles vivant au Canada, répartis géographiquement dans toutes les provinces du Canada y compris les Territoires du Nord-Ouest. Tous y parlaient du développement des approches multiculturelles dans les domaines de la santé, des services médicaux, des services d'aide ainsi que du fonctionnement de ces institutions.

Sans aucun doute, nous assistons actuellement au Canada à l'émergence d'un phénomène nouveau ressenti par l'ensemble des intervenants, y compris par le réseau lui-même, comme une réalité urgente à prendre en compte dans l'élaboration des futurs programmes de santé sociale et préventive.

2. Les expériences étrangères

Après une analyse de la revue de littérature, nous tentons ici une étude relative à ce qui est actuellement entrepris dans le domaine de l'accessibilité aux services socio-médicaux des communautés ethniques dans des pays également concernés par cette problématique. Seront retenus les exemples de la Belgique, des Etats-Unis d'Amérique et de la France.

En Belgique, le C.V.W. ainsi que l'école de formation d'interprètes immigrés en milieu médico-social, retiendront toute notre attention.

L'enquête nationale du SMSSA français portant sur l'adaptation des structures de santé à la population immigrée maghrébinne en France,sera brièvement exposée, analysée et commentée, et ceci dans ses recommandations et ses applications directes. Enfin, nous tenterons d'exposer les nouveaux courants d'idées américains se rapportant justement à ces notions d'accessibilité aux services socio-médicaux par une population immigrée non anglophone allant croissante chaque année.

2.1 Les Etats-Unis d'Amérique

Les dernières estimations recensaient sept millions d'immigrés nouveaux depuis 1982 mais prévoyaient une augmentation très nette d'un demi million chaque année. Immigration faite surtout d'immigrants illégaux et de réfugiés politiques issus pour la plupart d'Amérique Centrale et du Sud.

Selon Harwood (1984), Ethnicity and Medical Care, l'accessibilité aux services bio-médicaux passe esentiellement par l'accès aux connaissances bio-médicales qui représentent pour lui, une issue, une voie cruciale pour de nombreux patients issus des communautés ethniques. Il est important pour les cliniciens de réaliser où les membres des groupes ethniques obtiennent leurs connaissances et puisent leurs informations relatives à la bio-médecine américaine. Cet accès, comme Harwood le souligne très bien, à la santé et aux services d'information sur la santé est très inéquitablement réparti dans la société américaine

parmi les classes socio-ethniques de la population. Les principales sources d'information se rapportant au système bio-médical se trouvent pour la majorité de la population américaine au niveau des institutions médicales elles-mêmes (la plupart du temps il s'agit de services de santé publique et des services de jour), des "mass-média" et on entend par là, les journaux, la télévision, la radio; mais aussi au niveau du personnel à vocation purement sociale (assistante sociale, éducateur). On remarque tout de suite l'aspect limité de cette information pour des personnes ne parlant pas l'anglais, ou qui sont enfermées dans une enclave ethnique, ou qui sont de conditions socio-économiques très basses. Car même les réseaux (ou les personnes ressources travaillant auprès des communautés ethniques), n'incluent pas systématiquement dans leurs objectifs les notions de connaissances relatives à la compréhension de la bio-médecine américaine.

Nous sommes ici dans une dimension assimilationiste caractéristique de la politique américaine face à l'ethnicité. Cependant pour Harwood et de nombreux auteurs américains[1], la solution la meilleure face à cette problématique est celle justement qui impliquerait les cliniciens.

---

1 Dont Weidman.

En bref, la rencontre "clinique" est le seul terrain sur lequel la force et la valeur thérapeutique de la bio-médecine d'un côté et des communautés ethniques de l'autre doivent être explorées et alors utilisées pour le bénéfice des patients et des services médico-sociaux. Ainsi les concepts différents de la maladie, la prise en compte des traditions populaires relatives aux soins, les problèmes de communication linguistique réciproque (traduction), les régimes alimentaires, les normes interactives et le rôle de la famille entreront dans cette connaissance lors par exemple d'un traitement long ou d'une hospitalisation de longue durée.

Il émerge ici une vision très sensiblement différente de la précédente, où il devient nécessaire de prendre en compte cette dimension socio-culturelle <u>individuelle</u> dans une nouvelle prise en charge médico-sociale qui devrait aider dans la recherche diagnostique et dans la thérapie mais aussi contribuer à donner aux patients issus des communautés ethniques un service et une écoute efficace.

En bref, nous nous retrouvons aux Etats-Unis dans une problématique actuelle assez proche de celle ressentie au Canada. Ceci malgré une politique américaine assimilationiste de "melting pot". Devant la persistance et l'émergence continuelle de problèmes relatifs à cette accessibilité, les Etats-Unis semblent actuellement revenir en partie sur leurs considérations assimilationistes unilatérales et vouloir

prendre en compte, pour l'heure, une nouvelle dimension faite d'échanges bilatéraux sur une base de compréhension réciproque.

L'expérience entreprise par Weidman et ses collaborateurs (anthropologues médicaux) au sein du Jackson Memorial Medical Center, en collaboration avec l'Université et l'Ecole de Médecine de Miami en Floride permet d'illustrer de façon probante cette nouvelle tendance américaine face à l'ethnicité.

Pour Weidman et son équipe, il s'agissait en premier lieu de réussir à s'intégrer au sein des services et du personnel hospitalier afin de répondre par une approche anthropologique à certaines questions d'ordre épidémiologique et sémiologique intervenant dans les processus pathologiques intéressant les communautés culturelles floridiennes à savoir: les communautés portoricaine, haïtienne, noire américaine et celle issue des Bahamas.

La stratégie adoptée par Weidman tend à sensibiliser le personnel du réseau (médecins, chefs responsables des services et étudiants en médecine principalement), ceci au sein même des hôpitaux, à l'aide de conférences, groupes de travail intra- et inter-services ainsi que par des cours obligatoires d'anthropologie médicale transculturelle, dans la scolarité universitaire des étudiants en médecine et ceci dès la deuxième année de résidanat. Weidman justifie de la façon suivante la stratégie qu'elle propose:

> "(1) to provide resident physicians in four medical specialities of the Ambulatory Care Center with information and experience that will allow them to acquire specific cultural knowledge and to incorporate, over all, a transcultural perspective in their approach to, interaction with, and treatment of multiethnic clinic populations; and (2) to teach residents to work with the patient's beliefs and perceptions as a baseline in helping patients understand and learn the orthodox medical views supporting the care that they receive"

Il s'agit donc bien ici d'impliquer directement les cliniciens et ceci dans des services aussi différents que les services de Psychiatrie, de Pédiatrie, de Gériatrie, de Gynéco-obstétrique, de Médecine Interne et de Médecine Familiale. Tous sont concernés par cette approche, et tous travaillent actuellement sur des projets de recherches et d'études.

Ainsi les services de Pédiatrie du Jackson Memorial Medical Center ont adopté deux programmes de recherche. Le premier intéresse la communauté hispanophone, il s'agit de comprendre pourquoi l'on assiste à des cas d'obésité chez ses jeunes enfants afin de savoir comment y remédier. Le deuxième intéresse la communauté haïtienne; il s'agit ici de savoir pourquoi les deshydratations et les états de malnutrition sont plus fréquemment rencontrés et ceci de façon nettement significative chez les enfants haïtiens.

Les services de Médecine Interne ont adopté un programme de recherche (faisant intervenir à la fois des internistes, des pharmacologues et des anthropologues) qui porte sur les problèmes

d'hypertension artérielle en relation au régime alimentaire des communautés culturelles pré-citées ainsi que sur les conceptions et les conséquences de l'auto-médication anarchique qui y semblent liées. De plus ce programme de recherche essaye de comprendre pourquoi chez ces patients issus des communautés ethniques en général, l'on est souvent confronté à des patterns du genre: "l'insuline attaque les yeux, il ne faut pas en prendre régulièrement" ou alors chez les hypotendus le fait d'être calme ou énervé modifie chez les interessés leurs posologies antihypertensives, voire même les rend intermittentes. A des "idées vécues" comme celles-ci, les problèmes de contextualisation des données sont à mettre de l'avant. Ces visions "émiques" de la santé et de la maladie servent alors de matériel pouvant être utilisé en clinique pratique par les thérapeutes.

En gynécologie, les salpingites (inflammation des trompes de Fallope) touchant les populations noires particulièrement, font aussi l'objet de programme de recherche. Ici sont prises en compte à la fois des notions de pathologie appliquée (thérapie mécaniste bio-médicale), des notions socio-économiques (conditions propices liées à l'apparition de cette maladie: mauvaise hygiène, vie sexuelle active, etc...), et des notions anthropologiques, culturelles qui font entrer ici les symptomatologies de cette maladie (douleurs abdominales généralisées, nausées, anorexie, amaigrissement, asthenie et hyperthermie) rendant par là même difficile la conception bio-médicale "mécaniste" qui localise cette pathologie à une région particulière du corps, la sphère

gynécologique. La rationalisation culturelle visant une conceptualisation plus "généralisante", avec des notions de "sang malade" ou "empoisonné" est plus facilement intégré et bien souvent ces femmes ne peuvent alors comprendre ce que leur dit le médecin, et encore moins le traitement et les interdits sexuels qu'il préconise.

Le rôle de l'anthropologie clinique fait alors intervenir dans son approche méthodologique: l'observation participante (ceci à la fois au sein des services hospitaliers et des communautés ethniques concernées), la contextualisation et les enquêtes ethnographiques, ceci afin de permettre une meilleure accessibilité et une meilleure compréhension des systèmes socio-médicaux proposés. Les nombreux programmes de recherches menés conjointement par les cliniciens et les anthropologues, en Floride, nous montrent qu'aux Etats-Unis, les Américains prennent et prendront de plus en plus en compte la dimension culturelle dans leur approche bio-médicale face aux communautés culturelles concernées. L'on se retrouve donc très loin maintenant des notions assimilationistes américaines des années 60, du moins dans le champ de la santé.

2.2 La France

On note l'existence sur le territoire français de plus ou moins quatre millions d'étrangers, soit environ 8 % de la population totale. Cependant 70 % de ces immigrants y résident depuis plus de dix ans, il s'agit donc d'un phénomène migratoire ancien, qui tend à se stabiliser

de nos jours. Ainsi depuis bientôt vingt ans, le Comité Médico-social pour la Santé des Migrants (CMSSM) travaille sur les problèmes de santé liés aux faits migratoires et culturels. Ce comité médico-social pour la santé des migrants appelé également Migration Santé, est un organisme national, subventionné par le Ministère Français de la Santé et le "Fonds d'Action Sociale". Ce comité dont le réseau se répartit dans tout l'hexagone sur quelques 22 villes, se donne pour objectifs principaux, l'organisation de sessions de formation animées par des professionnels, pour tous ceux qui exercent une action auprès des migrants (formateurs en alphabétisation, en préformation, travailleurs sociaux, animateurs et personnel de santé bien sûr). Ainsi pour répondre aux besoins ressentis, des sessions de deux à trois jours sont proposées, nous en nommerons ici trois pour exemple: "Santé, pédagogie et cultures", "Dynamique culturelle et santé", et enfin "Santé et migration" (session réservée aux médecins). Ces stages se réalisent en pratique dans le cadre de la formation continue (confirmée par l'employeur) ou peuvent être pris à titre individuel. Cependant les actions du CMSSM ne se résument pas uniquement à cet aspect "formatif"; il faut ajouter à cela: (1) la mise à la disposition du public d'un centre de documentation qui recense, traite et diffuse les sources documentaires sur la santé des migrants; (2) la sensibilisation de l'opinion publique; et (3) la réalisation des projets d'études et de recherches dans les domaines touchant la santé des migrants. Ce comité s'intéresse donc aux aspects médico-sociaux et socio-culturels de la migration. Ainsi dès 1983, le CMSSM s'est penché sur l'adaptation des

structures de santé à la population immigrée. Le but de cette enquête était double, il s'agissait de cerner les besoins en matière de santé des migrants (ici essentiellement issus de Maghreb), besoins définis sur le plan clinique autant que psychologique et social, et de déboucher ensuite sur des propositions pour adapter les structures aux besoins exprimés. Cette enquête fut effectuée par tirage au sort aléatoire, à partir d'une base de sondage (INSEE 1982). Les thèmes retenus furent:

- La rencontre avec le système de soins externes
- Le vécu des soins hospitaliers
- L'usage des services sociaux

Les conclusions de cette enquête rapportées ici brièvement montraient alors que les problèmes essentiels de santé exprimés par la communauté mahgrébinne vivant en France étaient essentiellement médico-sociaux et concernaient les conditions de logement et de chômage avant toute chose.

L'accès aux soins eux-mêmes dépendait du degré d'intégration et du statut marital (il est très bon pour les familles d'immigrés et beaucoup moins bon pour les célibataires).

La pratique du système de soins se trouve confrontée là aussi à un problème aigü de communication, qu'elle soit linguistique ou culturelle, avec une méconnaissance complète des habitudes de vie de chacun.

Ainsi il ressortait très clairement que pour les migrants mahgrébiens vivant en France, la santé était très liée aux problèmes sociaux; mais il est fait dans de très nombreux cas état de l'importance de la relation médecin-malade, et de la prise en compte de la maladie dans son ensemble. Au niveau de l'hospitalisation, il s'agit d'une demande d'accueil et d'humanisation; et au niveau social il est question d'une meilleure coordination des services avec un interlocuteur privilégié se déplaçant si possible à domicile.

Les propositions de cette enquête reviennent: (1) à essayer de résoudre avant toute chose, le problème aigü du logement par une meilleure sensibilisation à ces problèmes des municipalités et des offices HLM (habitations à loyer modéré); (2) à rejeter la perspective d'une consultation médicale spécifique à la population immigrée; (3) à estimer que les problèmes de langue et de communication peuvent être résolus par une meilleure information bilatérale, et une diffusion des cours d'alphabétisation. Ainsi la présence au moins d'un interprète à l'accueil dans les établissements hospitaliers, dans les services et au sein du personnel (médecins, infirmières, aides-soignants) semble primordiale afin de résoudre les difficultés de communication culturelle. De plus, une formation spécifique du personnel médical et para-médical ainsi que des travailleurs sociaux est à envisager dans l'optique d'une meilleure connaissance des besoins et des structures existantes. Enfin une information semble nécessaire auprès de la

population immigrée elle-même afin de la faire participer à sa demande d'intégration au système de soins actuels.

Cet exemple français nous semble éloquent et ceci pour différentes raisons:

(1) Ce qui ressort de l'enquête mentionnée ci-dessus, c'est que les notions d'accessibilité aux systèmes de soins et de santé sont étroitement liées à la dimension socio-économique dans laquelle cette catégorie migrante de la population vit (chômage, bas salaire, mauvaises conditions de logement, etc...). Une enquête similaire sur les communautés ethniques vivant à Montréal serait pertinente à ce sujet. Car cette accessibilité au-delà d'un problème de communication indéniable constitué par des différences culturelles et linguistiques ne se résumerait-elle pas à une dimension proprement économique?

(2) La France semble avoir rejeter la perspective d'une consultation médicale spécifique à la population immigrée. Ainsi par exemple, l'hôpital Avicenne à Paris que nous avons contacté, appelé auparavant Hôpital franco-musulman, ne se donne plus cette dimension de "spécialité ethnique". Sa préoccupation actuelle semble être de se défaire de cette étiquette qui lui semble trop restrictive.

(3) Du point de vue linguistique, il faut préciser comme il est mentionné plus haut que 70 % de la population immigrée en France,

réside dans ce pays depuis plus de dix ans. Ainsi, les Français peuvent adopter un programme mixte fait d'une part d'assimilationisme (alphabétisation, embauche, information, etc...) et d'autre part ils instaurent la présence d'interprètes légaux (salariés) à tous les niveaux des services socio-médicaux.

(4) Enfin, il revient aux communautés elles-même face à leur demande d'intégration au système de soins actuels de se mobiliser et de participer activement à ce projet. Le CSSMSS se réserve néanmoins le rôle de centralisateur et de coordinateur légal gouvernemental.

2.3 La Belgique

La Belgique, de par son passé colonial (tout comme la France d'ailleurs), a toujours entretenu l'image d'un pays ouvert à l'immigration. Ainsi dans les années 60 à l'époque des décolonisations, Bruxelles et Anvers ont vu leur population augmenter par l'apport de migrants issus principalement de pays africains (notamment le Zaïre); il s'agissait de réfugiés principalement. Depuis une vingtaine d'années une vague d'immigration en provenance essentiellement d'Afrique du Nord (Maroc, Algérie) et de Turquie, est venue rappeler à la Belgique son caractère de terre d'accueil.

Ainsi face à la problématique d'accessibilité des systèmes de santé et des systèmes sociaux par les communautés ethniques, nous retiendrons deux aspects dans cet exemple belge: (1) la création à Laken (Bruxelles)

du "Centrum voor Welzijuszorg", (2) la formation d'une école d'interprètes immigrées en milieu médico-social.

(1) Le Centrum voor Welzijuszorg

Le "Centrum voor Welzijuszorg" se définit comme un centre d'application d'anthropologie clinique. Il s'agit d'un institut psycho-médico-sociologique ouvert aux notions de l'anthropologie médicale et de la psychiatrie transculturelle. Ce centre est géré par le gouvernement belge et s'adresse principalement à une clientèle italienne, marocaine et turque.

La grande originalité de ce centre unique en Europe et peut-être dans le monde, est qu'il représente un lieu où les usagers italiens, marocains et turcs ont la possibilité d'exposer leurs problèmes médicaux, sociaux ou psychologiques dans leur langue maternelle. Une approche culturelle et anthropologique est alors entreprise systématiquement. Cela signifie que le thérapeute aidé par des psycho-anthropologues soit italiens, marocains ou turcs, tiendra compte des conceptions traditionnelles de la maladie dans les troubles de son patient ainsi que des conceptions d'honneur ou de honte reliées à sa maladie. Seront également pris en compte par l'équipe thérapeutique les structures familiales typiques du patient, son rôle dans la famille, ainsi que son statut d'immigrant en Belgique.

Ce centre thérapeutique repose donc sur trois principaux départements: le département turc, le département marocain et le département italien. Dans les trois, les plaintes des patients reçues sont de deux ordres: les problèmes sociaux et administratifs, et les problèmes psychiatriques et psychosomatiques. Tous sont analysés en premier lieu dans une perspective anthropologique sémantique sur laquelle le processus thérapeutique s'adaptera.

Ce centre sert aussi de moyen de référence mis à la disposition des médecins généralistes, des hôpitaux, des mutualités et des autres institutions belges qu'elles soient médicales, scolaires ou sociales. En pratique, ce centre insiste sur l'action basée plus spécialement sur le caractère préventif et se donne pour mission, d'éviter l'assistance pure et les mécanismes de dépendance des usagers vis-à-vis de lui, en offrant aux média qui en font la demande l'image d'un lieu propice de rencontres culturelles basées sur des soins.

Enfin, un centre de recherche: "The Medical Anthropological Research Unit for the Health Care of Immigrants", attaché au "Centrum voor Welzijuszorg" essaye de définir des concepts comme le "corps", la "maladie" et la "santé" dans ses interprétations symboliques aussi bien que dans ses stratégies thérapeutiques. Ce centre de recherche se trouve rattaché à l'Université de Leuven.

(2) La formation d'une école d'interprètes immigrées en milieu médico-social

Cette expérience de formation de jeunes femmes immigrées turques et marocaines à l'interprétariat en milieu médico-social a débuté en janvier 1984, dans la région de Bruxelles. Cette formation vise à répondre à une nécessité ressentie par les professionnels de la santé d'une part (médecins essentiellement) et par le public lui-même d'autre part, qui manifestaient certaines réticences vis-à-vis d'interprètes dont la fiabilité et la discrétion n'étaient pas garanties. Auparavant cet interprétariat était assuré par des personnes non formées à cette fonction et peu fiables.

Subventionné par le CFCAC, cet organisme privé, en créant une école au programme préfixé, a réussi à légitimer aux yeux du public et des services médico-sociaux concernés une profession. Pour cela, il fallait que cette expérience repose sur des notions de fiabilité. Voilà pourquoi, les critères d'admission ainsi qu'un programme sur deux années consécutives ont été établis:

a) Le recrutement: Les critères d'admission sont: être femme (ceci étant expliqué par (Gailly A.:1985) "le besoin plus grand chez les femmes immigrées plus démunies sur le plan de la langue que les hommes, et par ailleurs par le fait que ces interprètes visent à être insérées dans une infrastructure féminine - consultation de nourrissons, en gynéco-obstétrique, planning familial, etc.- "), âgée de 20 ans minimum: être

originaire de Turquie ou du Maroc et réussir un examen d'entrée éliminatoire obligatoire.

b) Les cours théoriques dispensés par cette école portent tous sur des notions médicales, scientifiques, sociales et de secrétariat. Des cours de français axés essentiellement sur le travail du vocabulaire ainsi que des cours de langue maternelle dans un domaine plus scientifique et médical se sont avérés nécessaire car les niveaux de connaissance de la langue maternelle chez les stagiaires se sont révélés être très inégaux et souvent insuffisants (surtout chez les stagiaires de la deuxième génération d'immigrées).

Cette formation nous l'avons déjà dit s'effectue sur deux années, les stagiaires admises sont rémunérées et effectuent de nombreux stages (hôpitaux, dispensaires, centres sociaux, etc.) tout au long de leur formation. Nous n'avons pas encore le recul nécessaire afin de faire une évaluation correcte et objective de cette nouvelle et originale expérience belge. Cependant, une première promotion de sept interprètes médicales est sortie en janvier 1986. L'on peut dire qu'elles ont toutes trouvé du travail et que le chemin parcouru par ces jeunes femmes tout au long de leur formation leur aura permis de passer de la simple traduction du message médical à celui qui tient compte non seulement du message médical "scientifique", mais des modalités d'expression, du message non-verbal, des implications culturelles adjacentes. De plus, elles ont le souci de vérifier constamment la compréhension des client(e)s immigré(e)s.

Certaines équipes médicales hospitalières belges ont intégré l'interprète médical dans leur fonctionnement; plusieurs équipes privées sont restées demandeuses.

Ainsi à travers ces deux exemples belges, ce qui nous frappe à première vue, c'est l'aspect très avant-gardiste et progressiste de ceux-ci. Tous les deux, chacun dans leur genre se sont posés la question fondamentale de l'accessibilité des populations immigrées au système socio-médical. Tous les deux ont mis alors en fonctionnement des solutions, des réponses originales aux besoins ressentis par les deux partis.

Il s'agit d'exemples évidemment très intéressants pour l'anthropologie médicale, puisque tous les deux font entrer en quasi priorité des notions culturelles dans un domaine que certains tendent à limiter à ses aspects linguistiques et/ou sociaux.

RÉFÉRENCES

ABADI, O., PAIN, C.
1984 Prévention de sinistrose chez les migrants, CMSSM, no.38, janvier, 66-69

BARTHE-DEJEAN, C.
1985 La santé, outil de formation?, CMSSM, no.12

CENTRE MÉDICO-SOCIAL POUR LA SANTÉ DES MIGRANTS
1985 La santé des migrants: données bibliographiques, décembre

CENTRUM VOOR WELZIJUSZORG, V.Z.W.
1984 "Center for Applied Clinical Anthropology", Rapport

COULOUMA, E., NICOLADZE, R.
1984 Adaptation des structures de santé à la population immigrée, CMSSM, no.47, 2e trimestre, 11-14

DEVISH, R.
1986 "Medical Anthropology in Europe. the State of the Art", in Medical Anthropology Quarterly, 17,4,(august),87-88

GAILLY, A.
1985 "Life Recedes when Exchange Fails. Clinical Anthropology among Turkish Patients", in The International Journal of Psychology, 521-538

GENTILLINI, A.
1981 "Le projet migratoire", in Psychologie médicale, 13,11,1739-1740

GIORDANO, Joseph
1977 The Ethno-cultural Factor in Mental Health, A Litterature Review and Bibliography, New York: American Jewish Committee

HARWOOD, Alan
1984 Ethnicity and Medical Care, Cambridge, MA: Harvard University Press

HOPITAL GENERAL DE TORONTO
1986 Rapport 1986

HOPITAL CENTRAL DE TORONTO
1986 Rapport 1986

HURAUX-RENDU, C., ATTALI MAROT, C., BOURDILLOU, F.
1984 "La migration familiale - pathologie des migrants", in Revue du Pratricien, 34,57

KAUFERT, J.M., O'NEIL, J.D., KOOLAGE, W.W.
1985 "Culture Brokerage and Advocacy in Urban Hospitals: The Impacts of Native Language Interpreters", in Santé, Culture, Health, Montréal: GIRAME, 3,3,3-9
1984 "Role Conflict among Culture Brokers: The Experience of Native Canadian Medical Interpreters", in Social Science Medicine, 18,3,238-286

LAKEHEAD UNIVERSITY
1985 Native Nurses Entry Program, Thunder Bay, Ontario, Canada

McGREGOR, Frances C.
1967 "Uncooperative Patients: Some Cultural Interpretations", in American Journal of Nursing, 7

de MONTVALLON, R.
1984-1985 Le phénomène migratoire, Diplôme d'Université "Santé dans le Monde", Faculté de Médecine, Pitié Salpetrière, France

SCHURMANS, D.
1982 "Les conditions nécessaires de l'interaction thérapeutique", in Acta Psychiatrica Belgia, 82,195-215

WEIDMAN, M.H.
1982 "Research Strategies, Structural Alterations and Clinically Applied Anthropology", in M.J. Chrisman, T.W. Marnetzki (eds) Applied Anthropology, 201-241

PARTIE III

La situation à Montréal: illustration à partir de quelques cas

Dans cette partie nous dégageons sommairement les pratiques en relations avec des notions d'accessibilité aux services socio-médicaux qui ont présentement cours dans le réseau de la santé et des affaires sociales. Pour cela nous avons retenu trois pôles d'intérêt.

Les deux premiers étudient au sein de la structure publique des services socio-médicaux, deux catégories d'institutions: les CLSC et les hôpitaux. Les CLSC retenus sont ceux qui sont implantés dans un territoire sur lequel on trouve plusieurs groupes ethniques, ou un seul groupe ethnique majoritairement représenté. Au sein des hôpitaux, le choix s'est effectué sur ceux susceptibles de recevoir une clientèle diversifiée linguistiquement, et sur ceux qui se donnent par définition une étiquette culturelle spécifique d'une communauté donnée (ex.: Hôpital Chinois, Hôpital Santa Cabrini, Hôpital Juif de Montréal).

Cette étude n'a malheureusement pas pu être exhaustive, ni prendre en compte la vision des communautés ethniques elles-mêmes intéressées dans la recherche de solutions. Cependant, nous pensons qu'il est utile de confirmer certains traits, les plus évidents, et que les résultats d'une telle enquête, même s'ils ne sont pas originaux, ni très détaillés, permettent cependant de décrire l'adaptation culturelle et linguistique qui s'est faite dans les services socio-médicaux du réseau.

Une telle étude aurait dû se compléter d'une enquête auprès des cliniques privées et des généralistes-praticiens qui eux aussi

interviennent dans cette problématique et doivent très certainement effectuer une adaptation culturelle et linguistique dans leurs consultations médicales quotidiennes. Malheureusement, ceci n'a pu être possible, la disponibilité et l'emploi du temps très chargé des généralistes-praticiens n'ont pu permettre une telle approche. Nous le regrettons beaucoup.

Enfin, les limites imposées et décrites dans l'introduction générale de ce rapport ne nous ont pas permis d'effectuer des enquêtes ethnographiques pertinentes à ce sujet, ni une observation participante, ainsi que l'analyse de la contextualisation liée à cette problématique du point de vue des communautés culturelles.

Le troisième chapitre intervient plus comme une illustration représentative de cette adaptation culturelle et linguistique dont il est question dans les deux parties précédentes. Le premier exemple est pris dans la communauté chinoise de Montréal où il est principalement question d'organisation institutionnelle des services. Le deuxième exemple pris lui dans la communauté haïtienne de Montréal s'intéresse aux formes spécifiques de la pathologie haïtienne, ainsi qu'à l'importance de l'impact du culturel sur le rapport santé/maladie.

1. Enquêtes auprès des CLSC et des hôpitaux

1.1 Méthodologie

Il s'agissait ici de cerner de façon explicite les besoins et les adaptations culturelles et linguistiques de certains services socio-médicaux face à une clientèle issue des communautés culturelles de Montréal.

Cette enquête exploratoire fut donc menée dans le Montréal Métropolitain et porta sur cinq CLSC et cinq hôpitaux.

Les critères d'échantillonnage de ces dix établissements ont porté en premier lieu sur, d'une part, pour les CLSC, les répartitions démo-géographiques spécifiques d'une partie de la population immigrée issue des communautés culturelles dans la ville de Montréal; furent alors retenus des CLSC susceptibles d'être confrontés à une clientèle pas toujours d'origine québécoise; il s'agit des CLSC Villeray, Park Extension, Ahuntsic, Rosemont et Côte-des-Neiges. Et d'autre part, pour les établissements hospitaliers, le caractère a priori ethnique de ces établissements, ceci de par leur "nom" mais aussi de par leur situation géographique dans la ville de Montréal. Ce sont: l'Hôpital Juif, l'Hôpital Santa Cabrini, l'Hôpital Général, l'Hôpital Reine Elizabeth et l'Hôpital Chinois.

Un court questionnaire en français de cinq questions fut préalablement établi pour l'enquête téléphonique. Quatre questions nécessitaient une réponse précise, la cinquième fut laissée volontairement "ouverte". Le questionnaire repose sur deux thèmes principaux: (1) l'adaptation linguistique et/ou culturelle face à une clientèle non francophone québécoise; et (2) les besoins et les priorités ressentis dans ce domaine, s'il y a lieu. Ce questionnaire fut le suivant:

(1) Avez-vous des professionnels dans le domaine de la santé ou le domaine social qui parlent des langues autres que le français ou l'anglais?
(2) Au service d'accueil de votre établissement, quelles langues sont utilisées si l'intervenant ne parle pas le français?
(3) A quel pourcentage estimez-vous globalement les utilisateurs de votre établissement issus de groupes ethniques? Parmi ceux-ci quel est le groupe le plus représenté?
(4) Avez-vous des moyens de références établis sur une base culturelle? Si oui, lesquels?
(5) Avez-vous des remarques ou des réflexions à faire sur ce questionnaire?

Nous tenons ici, tout de suite, à remercier les directeurs des CLSC et les représentants administratifs des hôpitaux, qui ont eu non seulement l'amabilité de se soumettre de bonne grâce à ce sondage

téléphonique, mais ont aussi souvent marqué un vif intérêt à participer à celui-ci. Certains n'hésitant pas à nous rappeler afin de nous fournir des réponses chiffrées statistiquement aussi précises que possible.

1.2 Les CLSC

Les réponses obtenues au questionnaire lors du sondage téléphonique sont résumées dans le tableau 5.

Tous les CLSC interrogés se sont organisés face à cette problématique qui vise une adaptation pour une meilleure accessibilité voire une accessibilité tout simplement aux populations issues des communautés culturelles ne parlant ni le français, ni l'anglais.

Tous les CLSC utilisent l'anglais comme deuxième langue en première intention (ce qui n'est pas toujours le cas pour les établissements hospitaliers comme nous le verrons par la suite), puis ils tâchent en deuxième intention d'adapter leur discours selon l'appartenance linguistique des individus. Cette adaptation linguistique est d'ailleurs toujours établie sur le pourcentage de la clientèle ethnique fréquentant le plus le CLSC (exemple: l'italien à Villeray; le grec à Park Extension; l'espagnol à Côte-des-Neiges, etc.).

TABLEAU 5

Réponses des CLSC au sondage téléphonique

Questions	Villeray	Park Extension	Ahuntsic	Rosemont	Côte-des Neiges
(1)	oui haïtien italien portugais	oui grecque, arabe, iranien, hindou, turc, vietnamien	oui italien haïtien	oui haïtien espagnol russe, vietnamien	oui espagnol haïtien
(2)	anglais italien	anglais grec	anglais italien	anglais vietnamien	anglais espagnol
(3)	28 % Italien 15 % Haïtien 5 % Portugais 4 % Autres 4 %	70 % Grec 50 % Autres 20 %	25 % Italien 13 % Anglophone 5 % Haïtien 3 % Autres 7 %	10 % Anglophone 5 % Asiatiques 5 % (vietnamiens)	38 % Amérique lat. 14,2 % Afrique du nord et Moyen Orient 9,3 % Asie 9,3 % Antilles françaises et anglaises 5,7 %
(4)	oui Bottin du Conseil régional	oui Bottin du Conseil régional Ressources internes	oui Bottin du Conseil régional Ressources internes	oui Bottin du Conseil régional Patient souvent accompagné d'un interprète	oui Bottin du Conseil régional
(5)		Utiliser davantage les associations culturelles pour une meilleure accessibilité et compréhension du service actuel	Difficultés d'intégration des comm. ethniques Création de pro- grammes spécifiques à l'échelon prov. ou gouvernemental	Relations récipro- ques plus étroites avec les communaut. culturelles utili- sant le CLSC (ici vietnamienne)	Sensibilisation du personnel aux autres aspects culturels (réunion, repas, etc.)

Ainsi, tous les CLSC interrogés se sont vus dans la quasi-obligation d'intégrer dans leurs services une dimension multi-linguistique indispensable pour certains à leur bon fonctionnement quand on sait maintenant que 70 % de la clientèle totale du CLSC Park Extension est d'origine immigrée grecque, ou que 38 % de la clientèle totale du CLSC Côte-des-Neiges est issue des communautés culturelles. Cette adaptation linguistique se révèlait évidemment urgente.

De plus, les besoins ressentis par ces CLSC sont différents d'un établissement à l'autre. Il existe bien au sein de ces établissements une quasi-spécialisation dans le domaine ethnique (Grecque pour Park Extension; Italienne pour Villeray et Ahuntsic; Sud-Américaine pour Côte-des-Neiges; etc.).

Enfin tous les CLSC concernés a priori par ce problème d'adaptation culturelle et linguistique, utilisent le "Bottin de référence linguistique et culturelle" édité par le Conseil régional. Il s'agit d'un bottin qui se présente sous la forme d'une banque de données relatives à du personnel ressource issu des professionnels des CLSC, compétents dans tel ou tel domaine linguistique. Ce bottin sert alors de recours aux professionnels en cas d'impasse linguistique dans la communication avec un client. Ce dernier pourra alors être dirigé vers la personne ressource compétente travaillant dans un autre CLSC, mais le plus souvent, nous apprend-on, c'est la personne ressource avertie qui

se déplace dans le CLSC demandeur. Une facturation est alors imputée au CLSC demandeur.

Tous les CLSC interrogés semblent avoir adopté ce nouveau mode de recours linguistique et pour l'instant tous en semblent satisfaits.

1.3 Les hôpitaux

Les réponses obtenues au questionnaire effectué par sondage téléphonique dans les cinq établissements hospitaliers sélectionnés sont rapportés dans le tableau 6.

Ce qui ressort à première vue de ce sondage, c'est une plus grande spécialisation ethnique dans les établissements hospitaliers interrogés. Contrairement aux CLSC, ils n'ont pas dû s'adapter à une clientèle issue des communautés culturelles, mais ont préféré adapter leurs structures à une clientèle cible choisie. De plus, ce qui différencie les établissements hospitaliers des CLSC, c'est qu'ils sont beaucoup plus anciens et ont été fondés par des organismes privés issus des communautés immigrées elles-mêmes.

Ainsi il n'est pas étonnant que l'anglais ne soit pas systématiquement la deuxième langue parlée, ni que la clientèle issue des communautés culturelles de Montréal fréquentant l'Hôpital Juif soit originaire d'Europe de l'Est, d'URSS, d'Allemagne de l'Ouest et des pays

TABLEAU 6

Réponses des hôpitaux au sondage téléphonique

Questions	Hôpital Juif	Hôpital Reine Elizabeth	Hôpital Général de Montréal	Hôpital Chinois	Hôpital Santa Cabrini
(1)	oui (+ de 15 langues)	oui (25 langues)	oui	oui	oui
(2)	anglais yiddish grec, italien hindou, haïtien	anglais italien	anglais	chinois anglais	Italien anglais
(3)	Juif (princ.) (Europe de l'Est, Allemagne, URSS) Grec, Anglophone	Italien Portugais	Inuit 50 %	Chinois 80 % Autres 20 %	Italien 40 % Autres 10 %
(4)	Formulaire ds ts services (1/an) permettant d'identifier ressource ling. disponible pendant les heures de travail	Ressources ling. et culturelles dans le personnel interne	Ressources ling. et culturelles dans le personnel interne	Idem	Idem
(5)			Création de service spécifique (poste de coordination pour le malade)		

du Moyen Orient; ou que 80 % de la clientèle de l'Hôpital Chinois soit d'origine asiatique; même chose pour l'Hôpital Santa Cabrini, avec 40 % d'Italiens. Le cas de l'Hôpital Général de Montréal qui fait face à une clientèle très importante d'origine Inuit est, nous apprend-on, la résultante d'une décision politique interne de l'administration de cet hôpital.

Le secteur hospitalier à Montréal s'est parfois spécialisé dans l'ethnicité et ceci de façon très sélective, car dépendante des pouvoirs économiques et politiques des communautés ethniques qui à l'origine ont subventionné de tels établissements.

Les moyens de références établis sur une base culturelle reposent pour tous les établissements hospitaliers sélectionnés sur des ressources linguistiques et culturelles puisées au sein même du personnel travaillant dans ces établissements. Ainsi effectivement, l'on présuppose qu'au-delà d'une traduction purement linguistique dans des établissements comme l'Hôpital Chinois ou l'Hôpital Santa Cabrini, une dimension culturelle s'impose; dans un hôpital, comme l'Hôpital Juif de Montréal où l'on y parle de très nombreuses langues (vu le nombre de personnes y travaillant) qu'en est-il de l'écoute, de l'analyse et de la traduction? Peuvent-elles être jugées comme efficaces voire même effectives?

Enfin il ne faut pas omettre de préciser que ce sondage n'avait pour prétentions que de nous donner un cliché, un instantané de la situation actuelle de l'adaptation des services socio-médicaux face aux communautés culturelles et qu'une enquête sur place, de visu s'imposerait et semblerait complémentaire à celle effectuée ici.

2. La communauté chinoise

Notre enquête porte sur les principales institutions chinoises qui sont liées au réseau des services sociaux et de santé. Les données comportent des commentaires recueillis au cours d'entrevues, de colloques ou de journées d'études. Nous tentons ici d'identifier les principaux facteurs qui contribuent à faciliter l'accès des services du réseau aux membres de la communauté chinoise.

Au cours des dernières années, plusieurs membres de la communauté chinoise ont exprimé leurs insatisfactions face aux limites que la société canadienne leur a imposées.

> "S'ils ne peuvent participer au sein de la société ... ils sont limités à la communauté chinoise ... ils veulent plus de liberté ..." (travailleuse sociale - notre traduction)

Leur volonté est encore plus déterminée, ils réclament l'accès à tous les services et les privilèges que leur confère leur statut de

Canadien; ils refusent toute forme de ghettoïsation. Pour remédier à cette situation, plusieurs institutions chinoises se sont données comme objectifs de sensibiliser la société québécoise à leurs besoins particuliers tant au niveau de l'équité en matière d'emploi qu'au niveau de l'adaptation en milieu scolaire, et autres. De plus, elles se sont engagées dans un processus de sensibilisation auprès de leur propre communauté afin d'assurer une meilleure connaissance des ressources publiques existantes.

Une des principales institutions chinoises à relever ce défi est le Service à la Famille Chinoise du Grand Montréal (SFCGM). Cette agence sociale chinoise a débuté comme simple projet d'été durant les années soixante-dix en offrant des services d'interprète aux nouveaux arrivants. Aujourd'hui, le SFCGM est devenu un important Centre de Service Social dont les principaux services sont l'accueil aux immigrants et un centre de référence pour les membres de cette communauté. Suite à la lecture du dernier Rapport Annuel (avril 85/mars 86), nous pouvons constater que les membres utilisent ces services parce que ces derniers répondent à leurs besoins:

(1) 4 971 cas ont été traités (la population chinoise se chiffre à environ 20 000 habitants, de statuts variant de réfugiés à résidents de troisième génération);
(2) 89 % parlent une autre langue que le français ou l'anglais, soit le cantonais, le toisanais, le mandarin ou le hakka;

(3) 49 % des services dispensés sont liés à la traduction (revenus, immigration, santé, etc.).

Cette agence a initié des séminaires d'études sur des aspects importants de la vie sociale avec des organismes tels le P.S.B.G.M., la C.E.C.M., et d'autres institutions de la société globale québécoise. De plus, pour la première fois dans l'histoire des communautés culturelles du Québec, le SFCGM a organisé à Montréal, au Palais des Congrès, le 5 décembre 1986, un COLLOQUE INTERCULTUREL intitulé: L'accessibilité des communautés ethniques aux principaux services publics: la situation de la communauté chinoise de Montréal. Ce colloque est l'aboutissement de volontés de concertation des communautés culturelles.

Les recommandations résultant de cette rencontre convergent vers un axe central, celui de la concrétisation des volontés des institutions du MAS de collaborer avec les organismes communautaires culturels. Pour ne nommer que les plus importantes: embaûche de professionnels issus des communautés culturelles à des postes administratifs décisionnels, sensibilisation des populations aux services publics et para-publics, contribution des subventions justes et équitables aux organismes communautaires qui travaillent en complémentarité avec le réseau, définition du cadre contractuel des services entre les communautés culturelles et le réseau.

Concrètement à ce stade-ci de réalisation, le SFCGM fonctionne avec des "front line workers" ou des agents d'information qui réfèrent les usagers soit au CLSC Centre-Ville, soit au CLSC St-Louis du Parc, soit aux organismes privés, selon les besoins des clients.

> "Il faut savoir répondre aux besoins de chaque client ... et l'aider à utiliser les services socio-sanitaires qui lui conviennent ..." (directrice SFCGM - ma traduction)

Depuis 1983, le Projet Jumelage qui dépend du SFCGM est établi au CLSC Centre-Ville à l'intention des personnes âgées qui demeurent dans ce territoire. Depuis deux ans, deux employés y travaillent. Cette région correspond à Montréal, à la plus forte concentration de population chinoise, en sorte que les demandes y sont nombreuses. D'après les statistiques du SFCGM, la clientèle chinoise du centre-ville représente 20 % de la clientèle chinoise globale, celle du CLSC St-Louis du Parc, 17 %; ensuite Outremont, 13 %, etc.[1] Selon les statistiques du CLSC Centre-Ville, 1 454 entrevues au bureau et au téléphone ont eu lieu entre le 1er avril 1985 et le 31 mars 1986. Le Projet Jumelage répond bien aux besoins de la clientèle âgée de 55 ans et plus. Il y a

---

[1] Source: Rapport sur la concentration géographique de la clientèle 1976-1981, SFCGM.

beaucoup d'interventions individuelles mais ces interventions concernent davantage les activités socio-communautaires[2]. En somme, il y a une augmentation importante du nombre d'usagers chinois ainsi qu'une participation accrue aux activités socio-communautaires au sein de l'organisme.

D'autres institutions desservent la population chinoise soit pour des services de traduction, d'accueil aux nouveaux arivants ou d'accompagnement, telles l'Association Volontaire des Chinois du Québec (AVCG). Cet organisme de bénévolat a contribué également à faire connaître la culture chinoise aux Montréalais. De plus, l'AVCG organise avec le MCCI des séminaires d'information relative à l'immigration, des cours de langue (français, anglais, chinois).

Une troisième association liée à l'Hôpital Chinois de Montréal contribue à faciliter l'utilisation des services, il s'agit de l'Association des Dames Auxilliaires qui compte environ quarante membres (40). Les bénévoles accompagnent les patients lors de sorties, organisent des festivités et des ateliers thématiques selon les besoins

---

[2] Source: Statistiques 1985-1986, CLSC Centre-Ville.

de la clientèle. L'Hôpital Chinois, fondé au début du siècle par des communautés religieuses, est devenu en 1973 un "Centre Hospitalier de soins de longue durée" et en 1979, un Centre d'accueil fut annexé pour les besoins de la clientèle chinoise qui y est majoritaire (80 %). D'autres services médicaux sont assurés par les cliniques externes qui desservent une clientèle d'origine orientale (50 %). La majorité de la clientèle de l'Hôpital utilise couramment les dialectes chinois tels le cantonais, le toisanais et le hakka.

Une quatrième association, la Mission Catholique Chinoise participe également à l'amélioration des conditions de vie des membres de la communauté dans le quartier chinois. Elle offre des activités aux personnes âgées, aux jeunes, un bureau privé de consultation médicale.

Nous avons rencontré des intervenants travaillant dans les institutions chinoises et celles du réseau. Parmi les personnes interviewées, la question de formation du personnel, la barrière linguistique et la communication culturelle ont été identifiées dans presque tous les cas comme étant les composantes importantes de la problématique. Pour le Dr. A.C. Yip, pédiatre et chercheur, il est important d'intégrer la culture dans la pratique médicale. Elle explique que la formation des intervenants est déterminante et qu'elle fut elle-même influencée par des chercheurs ayant une approche culturelle de la santé: "in médicine, dit-elle, you have to incorporate culture". Il semble incontestable que la plupart des communautés

culturelles sous-utilise les services du réseau (cf Ottman-Clish:1986). Par ailleurs, il est possible que cette population ne reçoive pas clairement les messages de la médecine occidentale (Dr. Yip:1986). C'est pour cette raison que le Dr. A.C. Yip a donné de nombreuses conférences - dans les églises chinoises le dimanche-midi - afin de sensibiliser cette communauté aux problèmes de santé.

En plus d'affirmer leur volonté d'établir à long terme et de manière plus durable leur collaboration avec le réseau, les intervenants socio-communautaires chinois ont expliqué que la barrière linguistique est importante mais que le rapport de confiance entre les institutions et les usagers est encore plus important:

> "Il faut parler la même langue, connaître les habitudes de vie et le milieu ... mais il faut établir un rapport de confiance ... pour aider." (travailleur communautaire - ma traduction)

Les cliniciens doivent donc développer à la fois une sensibilité culturelle et une communication thérapeutique. Les usagers exigent des services de première qualité et les cliniciens doivent renforcer leurs crédibilité auprès des clientèles culturelles. Les programmes qui se font ou se défont faute de subventions ne permettent pas cette permanence dans les rapports (clientèle/intervenant) nécessaire à l'enrichissement de l'écoute thérapeutique.

Selon le docteur C.P. Christensen, professeur et chercheur à l'Université McGill, au département de Travail Social, les perceptions et les attentes des usagers chinois sont diversifiées. Bien que les données à ce stade-ci de sa recherche soient partielles, il en ressort que les usagers en utilisant les services publics espèrent trouver réponse à toutes sortes de besoins: les nouveaux arrivants cherchent de l'aide technique (logement, traduction, accompagnement, etc.), les résidents cherchent d'autres types de support. Au niveau des approches et des modèles d'intervention, il existe des "distances" culturelles à considérer: par exemple, les Chinois ou les immigrants en général même en situation de besoin, ne demanderont pas de thérapie individuelle ou familiale pour résoudre leurs problèmes personnels. L'idée de parler de leurs émotions ouvertement ou de parler d'un des membres familiaux leur apparaît selon leur point de vue "bizarre" (ils peuvent par contre avoir des confidents pour cela). C'est en quelque sorte une particularité de notre pratique médicale occidentale. En somme, il faut apprendre à distinguer les besoins des clientèles culturelles diversifiées et les besoins de plusieurs types de clientèle (nouveaux arrivants, résidents, etc.). Le personnel du réseau n'est peut-être pas formé pour répondre à cet ensemble complexe de demandes.

Nous n'élaborerons pas sur la différenciation perceptuelle en regard des concepts de santé et de maladie mais il semble que ces aspects doivent être considérés lorsque nous envisageons une intervention thérapeutique et culturelle. Les Chinois selon un

praticien vont "magasiner" pour trouver un médecin qui va satisfaire leurs attentes.

> "Many Chinese shop around for doctors. It is not unusual for some Chinese to see three or four doctors in one week for the same illness without telling the doctors of this shopping around"

Et ce n'est pas pour prendre les médicaments prescrits par chacun. Les Chinois valorisent la qualité de l'alimentation en tant qu'instrument thérapeutique, la démarche d'équilibre en vertu des principes Yin et Yang ainsi que l'utilisation des herbes médicinales traditionnelles.

Que ce soit par attachement à leurs valeurs et à leurs croyances traditionnelles ou pour tout autre facteur, les usagers sont en droit d'exiger des services satisfaisants, c'est pourquoi la collaboration entre les différentes institutions (communautés culturelles et réseau) et les différents paliers du gouvernement est essentielle. Quoique la population québécoise soit davantage sensibilisée aux besoins des communautés culturelles, il faut concrétiser ce projet de vie sociale dont l'universalité des services sociaux et de santé est une composante.

Notre réflexion s'enchaîne donc sur un aspect plus globalisant, celui de la dimension politique du droit universel aux services socio-médicaux. Puisque nous avons montré, dans les chapitres précédents de

ce rapport, qu'il existe une grande diversité ethnique sur un même territoire (CLSC - clientèle pluri-ethnique et clientèle diversifiée) et que la formation du personnel semble s'orienter à plus long terme vers une approche culturelle de l'intervention ou comme l'exprime la directrice des soins infirmiers à l'Hôpital Chinois:

> "(a) chaque membre du personnel est encouragé à prendre des cours de langue (subventionnés à 60 % par l'hôpital) ...
> (b) toutes les connaissances acquises sont transmises par le personnel: le "comment" travailler auprès d'une clientèle chinoise ...
> (c) ce qui prédomine dans notre approche c'est le respect de l'identification au milieu: la famille, la religion, les habitudes alimentaires ..." (directrice administrative, Hôpital Chinois de Montréal)

Nous nous retrouvons à nouveau placés devant les réalités politiques québécoises et plus particulièrement, celles liées à l'immigration i.e. intégration des nouveaux arrivants, programme de COFI, etc.

Selon les prévisions démographiques pour l'an 2 000, les communautés culturelles sont appelées à jouer un rôle important au Québec. Depuis les vingt dernières années le Québec vit des transformations majeures (population diversifiée, baisse des taux de natalité des francophones, etc.). Bien que nous reconnaissions ces changements, le Québec n'a pas encore amorcé le processus de développement des modèles sociaux d'intégration proposés ces dernières années:

> "Considerable importance is given theoretically to cultural communities'development, but no mention is made of a specific social model to be followed except a few thoughts on possible alternatives." (Ottman-Clish, 1986)

En conséquence, la prochaine étape serait d'étudier les solutions autres qu'alternatives et de réaliser une véritable intégration des communautés culturelles dans le respect de leur spécificité.

Pour conclure, les intervenants de la communauté chinoise expriment leur désir et leur volonté de voir se concrétiser les stratégies mises en place par différentes instances gouvernementales qui assureraient une permanence structurelle (au plan régional, au plan local) aux communautés culturelles dans la reconnaissance de leurs héritages culturels et le respect de leurs traditions.

> "Une société qui aide ses groupes minoritaires à conserver leurs héritages culturels est plus riche et mieux équilibrée. Cela pourrait et devrait être le cas du Québec."
> (La politique du développement du Québec, 1978)

3. La communauté haïtienne

Un bref rappel historique nous montre que durant les années soixante, les médecins haïtiens immigrés au Canada et principalement à Montréal pratiquaient dans des cabinets médicaux privés auprès d'une clientèle faite de Québécois d'origines ethniques diverses. Cette

situation était due au faible nombre d'Haïtiens immigrés vivant au Québec à cette époque (Massé:1981) et surtout à l'origine bourgeoise de ceux-ci qui préféraient consulter un médecin canadien et éviter tout regroupement de type ethnique.

Ce tableau s'est complètement modifié lors de la seconde vague migratoire du début des années 70 où le pourcentage d'Haïtiens augmenta considérablement et ceci au sein des cabinets médicaux bien évidemment. Ainsi, petit à petit, on allait assister à une véritable "ethnicisation" médicale.

Actuellement, certains médecins haïtiens que nous sommes allés rencontrer, comptent une clientèle composée à 60 % d'Haïtiens et ceci dans des quartiers où les membres de ce groupe ne comptent que pour moins de 5 % de la population desdits quartiers. Enfin de plus en plus, ces médecins haïtiens éprouvent le besoin de s'associer en polycliniques privées dans des buts économiques (moindre frais en secrétariat, comptabilité, locaux et autres charges) mais aussi afin de faire face à une clientèle haïtienne qui se presse de plus en plus nombreuse à leurs consultations bio-médicales. Nous sommes allés dans quatre établissements à orientation ethnique haïtienne existant aujourd'hui à Montréal. La plupart ne sont tenus que par un personnel médical haïtien regroupé face à une population de consultants estimée entre 55 et 60 % d'Haïtiens.

Lors des quelques entretiens faits auprès de la clientèle haïtienne, ce qui ressort principalement sur les motifs du choix du lieu de leurs consultations médicales repose sur:

(1) La possibilité de communiquer "réellement" avec le thérapeute.
(2) La connaissance par le thérapeute haïtien de troubles et de pathologies spécifiquement haïtiennes.
(3) Les arrangements économiques possibles.

Ces trois points principaux sont développés de façon plus précise dans l'exposé qui suit. Mais avant d'aller plus loin, il faut souligner que nous avons eu à faire essentiellement dans ces entretiens à une clientèle haïtienne se situant socialement dans la classe ouvrière et donc aux revenus économiques faibles. La bourgeoisie haïtienne semble plus distante face à ces consultations médicales à orientation ethnique.

3.1 La langue: le créole haïtien

Il est certain que le fait de pouvoir communiquer et ceci même au delà du langage, c'est-à-dire dans un même registre culturel, présente un avantage considérable. Car la communication dans le processus de thérapie semble (tout au long des techniques inventoriées par l'homme dans ce but) être l'instrument principal de soins. Le langage par son accès au symbolique va permettre au thérapeute haïtien face à son

patient et vice-versa une meilleure approche dans le domaine des soins et une meilleure compréhension des troubles ressentis.

Ainsi par exemple, un "refroidissement" en créole haïtien pourra tout aussi bien signifier un état grippal, une pneumonie ou une tuberculose à l'état latent. Le mot "tuberculose" n'étant lui réservé dans le lexique des maladies haïtiennes qu'à l'état très avancé de cette maladie. Autre exemple relatif cette fois-ci au schéma corporel haïtien, où le mot "estomac" est fréquemment utilisé pour signifier la poitrine. Ainsi lorsqu'un malade haïtien en consultation bio-médicale décrira des douleurs d'estomac, le thérapeute devra s'orienter non pas vers des problèmes épigastriques: reflux oesophagiens, gastrites, ulcères, mauvaise digestion; mais bien plutôt vers la sphère cardio-respiratoire et orienter son interrogatoire dans ce sens précis, à savoir si il existe une toux, des crachats, de la fièvre, des douleurs de types angineuses, précordiales, etc. Quant au mot haïtien "oppression" qui est une difficulté respiratoire qui peut être mise sur le compte de crises d'asthme, la réalité est tout autre puisque l'oppression correspond à autre chose que de l'asthme à proprement parler car il inclut une hyperventilation et non une bradypnée expiratoire comme c'est le cas dans l'asthme. De plus l'oppression ne se manifeste que lors d'accès anxieux d'apparition brutale.

Comme nous le voyons, les pièges linguistiques sont nombreux et les "faux amis" très fréquents. Le thérapeute haïtien habitué à de tels

rectificatifs, de tels transferts d'un registre culturel à l'autre, pourra par là-même non seulement mieux comprendre son malade mais aussi le traiter plus rapidement. En un mot être plus efficace.

Ceci est parfaitement compris et analysé par la population haïtienne issue, répétons-le, de classe moyenne et ouvrière. De plus ce qui ressort aussi très nettement de nos entretiens, c'est la hantise de l'hospitalisation. Le malade haïtien développe une véritable peur de l'hôpital, peur liée essentiellement à la problématique linguistique qu'il rencontre dans de tels établissements.

Enfin pour tous, le fait de pouvoir exprimer son mal en créole haïtien et se faire comprendre, présente un avantage certain, surtout auprès d'une population qui a parfois du mal à s'exprimer en français ou en anglais. Ainsi, l'abord linguistique créole dans le processus thérapeutique représente pour la communauté haïtienne étudiée une priorité.

3.2 La connaissance de troubles et de pathologies spécifiquement haïtiennes

Un médecin haïtien en pratique connait mieux que son homologue occidental, les pathologies tropicales existantes en Haïti. Pour cela, on retiendra les parasitoses intestinales, le paludisme et enfin la drepanocytose pour ne citer que quelques-unes des plus importantes d'un

point de vue strictement bio-médical. De plus, dans cet abord bio-médical d'un patient immigré, toute une dimension d'ordre psychologique entrera en ligne de compte. Le thérapeute haïtien de par son propre vécu, sera à même de comprendre son confrère haïtien, ayant lui aussi ou sa famille vécu le problème psychologique du déraciné, de l'immigré et enfin les conflits d'ordre raciaux qui ne manquent pas d'exister. Cependant, cette connaissance des troubles et des pathologies spécifiquement haïtiennes mais aussi liées au statut de l'immigré, ne se situe pas seulement à ces deux niveaux. Un troisième niveau, non moins important et peut-être capital, est lié à la connaissance de tout le domaine de la somatisation des troubles, du langage du corps. Si l'expression auditive diffère de l'expression visuelle, l'expression dite "kinésique" est encore différente. Le thérapeute haïtien face à des malades haïtiens sera à même à comprendre cette dimension kinésique dans le processus du rapport Santé/Maladie. Ce thérapeute est donc plus sensibilisé à reconnaître un corps haïtien malade, ou en tout cas à reconnaître les prémices de la maladie à venir. Cette approche de la maladie non verbale, mais kinésique doit être étudiée avec le plus grand soin car elle introduit tout le champ lié à la somatisation des troubles qui semble spécifique d'une culture à l'autre. Ce dernier point peut servir à lui seul d'abord dans la compréhension culturelle de la maladie. Ceci est très net par exemple dans le domaine de la santé mentale. Nos investigations dans ce domaine n'en sont qu'à un stade préliminaire, mais il est certain que cette dimension corporelle dans l'expression d'une douleur ou d'un mal-être haïtien devrait servir de

base après exploration attentive à une nouvelle approche thérapeutique dans les services hospitaliers de Montréal.

3.3 Les arrangements économiques possibles

Il existe une multitude d'arrangements économiques possibles avec le thérapeute. Ce dernier se montrera beaucoup moins à "cheval" sur les principes légaux liés à son remboursement par les caisses du Bien-être social. Surtout pour les immigrés haïtiens nouvellement arrivés et n'ayant pas encore obtenu leurs cartes d'assurance-maladie. Ce pourcentage d'actes médicaux impayés est estimé par un médecin haïtien interrogé à ce sujet de l'ordre de 2,5 % à peu près de sa clientèle globale. Il s'agit, nous apprend-t-il, de jeunes hommes pour la plupart ne trouvant pas de travail ou de chômeurs.

Les personnes âgées nécessiteuses sont prises en charge par les "églises" haïtiennes qui veillent grâce à un bénévolat qui s'est développé à l'intérieur de ces paroisses, à ce que ces personnes ne manquent pas du minimum vital en assurant le paiement des frais médicaux (médicaments).

Il est rassurant pour la population haïtienne de savoir qu'il existe de tels médecins où des arrangements financiers sont possibles, voire reconnus surtout si le médecin est originaire de la même commune ou du même village en Haïti. Il va sans dire que la popularité de ces

médecins "arrangeants" s'en trouve grandie au sein même de la communauté haïtienne, ceci leur garantissant aussi de cette façon une clientèle journalière payante importante.

3.4 La médecine traditionnelle haïtienne

L'on distingue classiquement en Haïti deux catégories de maladies. Les maladies causées par des forces naturelles et celles causées par des forces dites surnaturelles. Les premières sont de durée normale et ne sont pas en rapport avec les causes de maladies associées au rite Vaudou. Les deuxièmes reliées elles au rite Vaudou se caractérisent par leurs survenues brutales et leurs évolutions sur un mode chronique.

3.4.1 Les causes naturelles de la maladie

(1) Les irrégularités sanguines

En Haïti, la plupart des causes de maladies graves sont attribuées aux irrégularités du système sanguin, surtout dans le sens d'anomalies de la qualité du sang. Ainsi nous rappelle Laguerre (1980), le sang peut être "cho" (chaud), "frét" (froid), "clé" (claire, fluide), "fébl" (faible), "épé" (épais), "sal" (sale, souillé), "noà" (noir), ou "jò-n" (jaune).

Le "san cho" (sang chaud) provoque des fièvres élevées, alors que le "san frét" (sang froid) se retrouve lors d'accès palustre. Cependant au-delà de cette classification relative aux états fébriles, le sang est dit aussi "cho" quand une personne s'énerve ou qu'elle fournit un travail intellectuel intense ou alors durant le sommeil ou lors d'un exercice physique. Le corps d'une femme est dit "cho" durant les semaines qui suivent son accouchement. A l'opposé le sang sera dit "frét" lorsque l'on ne bouge pas, que la personne reste assise tranquille. Le "san clé" (sang clair) est responsable de paleur des conjonctives et des paumes des mains, bref d'anémie, et le "san fébl" (sang faible) est responsable lui de détresse physique ou mentale. Dans ce cas précis, il faudra alors manger et boire des breuvages et des aliments rouges. Le "san épé" (sang épais) le devient lors d'une grande frayeur "sézisman" ou lors d'accès hypertensif. Quant au "san jò-n" (sang jaune), il est relatif au taux de bile dans le sang et le "san noà" (sang noir) est le signe que le malade va mourir très prochainement. Le sang peut être "sal" ou "gaté" dans le cas de maladies vénériennes et d'éruption cutanée. Le sang enfin peut se changer en eau lors d'absorption de boissons alcoolisées.

(2) Les gaz

Beaucoup pensent en Haïti que les gaz peuvent provoquer des douleurs et de l'anémie. Les gaz entrent dans le corps à travers les oreilles, la bouche et iront dans l'estomac puis pourront migrer dans

les épaules, le dos et les jambes. Mais il peut rester dans l'estomac et provoquer alors une "kolik" (épigastralgie); quand le gaz est dans la tête il provoque des céphalées. Quand il se déplace d'une partie à l'autre dans le corps, il est responsable de douleurs intenses dans tout le corps. Ainsi le gaz qui va de l'estomac aux jambes produit des "doulé rimatis" (rhumatismes), via le dos des dorsalgies "do fé mal", via les épaules des douleurs scapulaires "gaz nan zépol". Une infusion préparée à base d'ail, de clou de girofle et de menthe fraîche ou l'absorption d'aliments solides comme les bananes plantains ou le maïs, sont usitées régulièrement comme traitement pour combattre les gaz.

(3) Le déséquilibre humoral: Chaud/Froid

La maladie est aussi souvent perçue en Haïti comme étant due à un déséquilibre du chaud et du froid. Ainsi, les aliments sont généralement répartis en deux catégories, les uns étant chauds, les autres froids.

Il va de soi comme le souligne très justement Laguerre que cette classification des aliments en chaud/froid est considérée de façon différente par les Haïtiens vivant à New York. Il en va de même pour les Haïtiens qui vivent à Montréal. Une réinterprétation de cette classification s'opère alors en fonction de la présence ou non de ces produits sur les marchés montréalais.

L'alternative brutale de chaud et de froid est responsable de maladies dont la plus importante est la "chofrét" ou pneumonie.

Le traitement du déséquilibre chaud/froid se fait en contre-balançant dans le sens opposé à l'excès ces systèmes de chaud et de froid. Les traitements relatifs à la toux par exemple sont considérés comme chauds, la maladie elle-même étant perçue comme froide. Les laxatifs sont des médicaments froids, la constipation est une maladie causée par un excès de chaud. Les céphalées qui sont dues elles aussi à un excès de chaud et de sang dans la tête du malade, seront traitées par des médecines (herbages en tisanes) froidès, ceci afin de faire baisser la chaleur excessive accumulée dans le corps.

(4) Les déplacements osseux: dits "zo déplasé"

Il en existe principalement trois sortes:

- "entorse" (entorse)
- "kou viré" (texto: cou tordu, torticolis)
- "bisket tombé" (déplacement vertébral).

Ces trois maladies sont du recours exclusif du thérapeute traditionnel spécialisé en kinésithérapie. Les traitements s'effectueront surtout à base de massages faits à l'aide de pommades ou

d'huiles, de cataplasmes et de prières récitées par le thérapeute, mais aussi ces maladies font l'objet de manipulations et d'élongations.

Il faut préciser que selon la conception haïtienne de la maladie, le mal au-delà de son origine (sang malade, gaz, déséquilibre chaud/froid, ou déplacement osseux pour ne citer que les principales étudiées sommairement ci-dessus) peut migrer de sa position d'origine et se transformer en causant d'autres troubles plus profonds dans la région du corps nouvellement atteinte.

Enfin pour être complet dans l'inventaire très bref des maladies en Haïti, il nous faut dire un mot sur les saisissements "sézisman", qui sont des maladies très fréquentes surtout chez les femmes et causées par une peur brutale, un choc émotif soudain. Durant cet accès, le sang quitte alors la tête et s'épaissit dans les autres parties du corps. Il est responsable d'une courte période de cécité (choc vagual?) et peut causer des désordres d'ordre de dysfonctionnement mental (folie passagère).

3.4.2 Les causes surnaturelles de la maladie

Plusieurs types de maladies sont considérées dans la culture et les croyances haïtiennes comme causées de façon surnaturelle par les esprits Vaudous en colère.

Brièvement, pour tenter une explication somme toute très complexe du vaudou haïtien, il faut savoir que chaque famille Vaudou a son esprit protecteur dont le rôle est de veiller au bien-être et à la bonne santé de ses protégés en les préservant de l'influence malveillante d'autres esprits.

Ainsi le protégé se trouve donc comme redevable de cette protection et pour honorer son esprit protecteur, il devra chaque année à date préfixée lors de l'initiation, honorer son esprit protecteur par des offrandes et des cérémonies différentes selon la position de l'esprit dans la hiérarchie des esprits Vaudou. Cette appartenance est double, puisque l'esprit protecteur qui se trouve ainsi attaché, nécessite absolument ce type de cérémonie annuelle de reconnaissance sinon il serait l'objet de moqueries de la part des autres esprits et il entrerait en discrédit dans le panthéon des esprits Vaudous. Ainsi, pour maintenir son statut l'esprit protecteur doit montrer qu'il a des adeptes et qu'il est capable de prendre soin d'eux convenablement. A l'inverse, les protégés comme les nomment les Haïtiens eux-mêmes, reconnaissent le pouvoir de l'esprit et en ont peur.

Les esprits sont donc capables de guérir leurs protégés quand ils sont malades si chaque année ceux-ci organisent une cérémonie en leur honneur. Les protégés se trouvent donc dépendants des esprits et ceci spécialement afin de se préserver des maladies. Car la maladie se

déclare souvent si le protégé n'a pas bien accompli ses devoirs envers son esprit protecteur qui lui envoie la maladie comme punition.

Le rôle alors des prêtre Vaudous dans la reconnaissance et le diagnostic de telles maladies est capital. Il aidera le protégé en entrant en contact avec l'esprit par la transe à savoir les raisons de la colère de l'esprit ainsi que les conduites à tenir dictées par celui-ci afin d'aboutir à la rédemption et par là-même à la guérison. Parfois les esprits se manifesteront directement au protégé par les rêves.

Certaines maladies, nous l'avons dit au début de ce paragraphe, sont du domaine exclusif des esprits et ne seront guéries que par les prêtres Vaudous. Ainsi, certaines maladies mentales comme la schizophrénie par exemple peuvent être considérées dans certains cas comme relevant uniquement de ces pratiques. D'autres maladies comme l'hypertension artérielle, entrent aussi dans ce registre, car il semblerait que ce soit l'esprit d'une personne morte qui soit assise sur le cou du malade lui causant ainsi des troubles hypertensifs. Seules les prières Vaudous peuvent faire se lever cet esprit et donc libérer le patient et le guérir.

Qu'en est-il de ces thérapies au sein de la population haïtienne vivant de nos jours à Montréal?

Il est très difficile dans l'état actuel de nos recherches de faire la part des choses. Tout ce que nous pouvons dire sans trop nous avancer, c'est que ces techniques thérapeutiques Vaudous existent encore et que des prêtres Vaudous officient dans Montréal. L'on nous a relaté le cas d'une enfant qui vient de rentrer par avion en Haïti avec ses parents, dans le seul but de se faire soigner par des techniques Vaudous, la médecine occidentale n'y étant pas arrivée. L'on parle aussi de très grands prêtres Vaudous installés à New York et il semblerait que parfois la population haïtienne de Montréal y ait recours. Cependant ces informations ne sont pas vérifiées, et aborder un tel sujet de prime abord avec des intervenants haïtiens semble très difficile. Ce qui est sûr cependant, c'est que de telles pratiques ne semblent pas liées au statut socio-économique, toutes les catégories sociales haïtiennes y ont accès, prouvant par là même l'enracinement culturel profond de la population haïtienne.

RÉFÉRENCES

ANTONOWSKY, A.
1967 "Social Class and Illness: a Reconsideration", in Social Inquiry, 27,311-322

BIBEAU, G.
1983a "La place de l'anthropologie médicale dans la rencontre entre sciences sociales et sciences de la santé", in Santé, Culture, Health, 1,2,3-13
1983b "L'activation des mécanismes endogènes d'autoguérison dans les traitements rituels des Angbandi", in Culture, 3,33-49

CORIN, E.
1978 "La possession comme langage dans un contexte de changement socioculturel: le rite Zebola", in Anthropologie et Sociétés, 2,3,53-82,19

COLLECTIF PAROLES
1980 "Le bulletin de santé de la communauté haïtienne", in Collectif paroles, 3, janvier-février, 14-16
1981 "Les médecins haïtiens face à la communauté", in Collectif paroles, 14, octobre-novembre, 20-23

DANIEL, E.V.
1986 "There is a Disease in this Land", MS, 12 pp.

DEJEAN, P.
1978 Les Haïtiens au Québec, Les Presses de l'Université du Québec, Montréal

DOUYON, F.
1982 "L'enfant haïtien atteint d'anémie falciforme dans le milieu québécois", Actes du Colloque sur l'enfant haïtien en Amérique du Nord, Santé, Scolarité, Adaptation sociale, Centre de recherches Caraïbes, Université de Montréal

DOY, J.
1965 "Primitive Medicine in Haïti", in Bulletin of the History of Medicine, 39,34-53

GOOD, B.
1977 "The Heart of what's the Matter. The Semantic of Illness in Iran", in Culture, Medicine and Psychiatry, 1,25

LABELLE, M., LAROSE, S., PICHÉ, V.
1981 "L'immigration haïtienne au Québec: quelques hypothèses à partir de statistiques récentes", texte présenté au Congrès de la Carribean Studies Association, St-Thomas, Mai 1981

LAGUERRE, M.S.
1979 Etudes sur le Vaudou haïtien, Presses de l'Université de Montréal, Montréal
1980 "Haïtian Americans", in Harwood, A. (ed) Ethnicity and Medical Cares, Cambridge, Harvard University Press

LIEBERSON, S.
1958 "Ethnic Groups and the Practice of Medicine", in American Sociological Review, 23,542-49

MASSE, R.
1982 "Marché ethnique et ethnicisation: la génèse de l'ethnicité haïtienne au Québec", in Culture, 2,1
1983 Ethnicité et classes sociales; l'émergence de la communauté haïtienne au Québec, thèse de doctorat, département d'Anthropologie, Université Laval

MASSE, R., MAYER, F., HELLY, D.
1981 Manuscrit, Unversité de Montréal

MÉTRAUX, A.
1953 "Médecine et vaudou en Haïti", in Acta Tropica, 10,28-68

SUSHMAN, A.
1964 "Sociomedical Variations among Ethnic Groups", in American Journal of Sociology, 70,319-331

PARTIE IV

Les paramètres d'une approche culturelle: contexte, constatations et recommandations

D'entrée de jeu nous entendons préciser que nous tenons davantage à esquisser les paramètres d'une perspective ou d'un style d'intervention qui soit sensible à la problématique culturelle plutôt que d'énoncer des recommandations précises portant sur des actions concrètes à réaliser. Nous sommes convaincus que les transformations à introduire dans les pratiques de recherche, de formation et d'intervention doivent surgir de décisions à prendre dans des contextes humains complexes sur lesquels nous ne possédons pas toutes les informations. En indiquant des perspectives et en évoquant le contenu d'un style, nous espérons contribuer à la mise en place d'un cadre général qui indique des orientations pour l'action et aider à baliser ainsi le travail à effectuer au moment du difficile virage vers une approche culturelle de la santé, de la maladie et des problèmes psycho-sociaux.

1. Quelques éléments du contexte de prise de décision

La réflexion présentée dans ce mémoire s'insère elle-même dans une entreprise collective au sein de laquelle de nombreuses voix ont fait entendre leur point de vue au cours des dernières années. Pour mieux situer notre contribution dans cet ensemble, nous croyons utile de rappeler le travail fait par trois différents groupes ou organismes, tous les trois intéressés par le problème de l'adaptation des services socio-médicaux aux caractéristiques des communautés ethniques du Québec.

Le plus récent est le Comité aviseur sur l'accessibilité des services sociaux aux communautés culturelles, souvent appelé Comité Sirros du nom du député qui le préside; il a reçu comme mandat de la part du ministre de la Santé et des Affaires sociales, madame T. Lavoie-Roux, de:

(1) faire la synthèse et l'évaluation des diverses recommandations faites à ce jour par différentes instances relativement à l'accessibilité des services aux communautés culturelles;
(2) d'examiner la réglementation existante et proposer éventuellement des modifications dans le but de rendre le réseau de services plus aisément accessibles;
(3) de faire des recommandations afin d'assurer une meilleure accessibilité des communautés culturelles aux divers services des établissements du réseau des services sociaux.

La collaboration que nous avons maintenue avec ce Comité tout au long de nos propres travaux nous permet de penser que les conclusions que le comité présentera à madame la Ministre vers le mois de mai 1987 s'articuleront principalement autour des revendications traditionnellement mises de l'avant principalement par les groupes de réflexion issus des communautés culturelles elles-mêmes, à savoir l'insistance mise sur la sensibilisation culturelle du personnel des services, l'embauche d'intervenants et de professionnels provenant des groupes ethniques et la nécessité de collaborer avec des organismes

privés à base ethnique. Dépassant le rappel de ces revendications qui sont répercutées depuis plusieurs années dans différents espaces et lieux du réseau socio-médical, le comité proposera sans doute quelques modifications structurelles susceptibles d'engendrer une meilleure adaptation culturelle des services: la création par exemple d'un service au sein de l'organigramme du ministère (MAS) dont l'objectif sera de stimuler et de coordonner les actions en vue d'une plus grande accessibilité culturelle; la mise sur pied de services spécifiques lorsque des problèmes particuliers d'un ou de groupes culturels l'exigent; la mise en place de structures de recherche attentives aux variables ethniques dans l'utilisation des services, la prévalence des problèmes socio-médicaux, ...

Comme nous l'avons écrit dans l'introduction de notre texte, les communautés culturelles ont elles-mêmes été particulièrement actives dans la promotion de points de vue particuliers qu'elles considèrent comme centraux pour favoriser un meilleur accès de leurs membres aux services sociaux et de santé. Le regroupement d'une cinquantaine d'organismes culturels au sein du Comité de Travail sur l'Accessibilité des Services Sociaux et de Santé aux Communauté Culturelles (CTASSSCC) a permis de donner du poids aux revendications mises de l'avant et d'exercer de réelles pressions auprès de certains organismes décisionnels.

Sans discuter du bien-fondé des revendications faites, nous nous devons cependant de signaler quelques réserves face à leur mise en oeuvre. L'insistance mise sur l'embauche de professionnels et d'intervenants issus des communautés culturelles se heurte d'abord à des problèmes très concrets d'ordre syndical, de convention collective dans le secteur public, et de façon plus générale de restriction dans l'ouverture de nouveaux postes. Cette difficulté pratique a été en partie escamotée dans les documents et discours, ainsi que le fait que le réseau de la santé et des services sociaux emploie déjà de fait un pourcentage assez élevé de personnes qui parlent plusieurs langues et qui viennent de diverses communautés culturelles. Leur répartition a pu se faire au hasard de l'ouverture des postes mais il semble bien que certaines institutions ne manquent pas dans les faits d'un personnel multi-ethnique.

Notre autre réserve à l'égard de l'embauche d'intervenants issus des communautés ethniques vient du fait qu'il a été démontré que ce n'est pas la seule appartenance à un même groupe qui crée d'emblée une meilleure écoute culturelle et une plus grande empathie; les professionnels de l'ensemble des groupes ethniques ont à peu près été formés selon les mêmes modèles qui les amènent soit à biologiser les problèmes dans le cas des sciences de la santé, soit à les psycho-sociologiser dans le cas de l'intervention sociale, en sorte que tous les intervenants se doivent de réapprendre ce que signifie une écoute culturelle des problématiques.

C'est précisément ce problème d'une plus grande sensibilisation des professionnels aux réalités culturelles que le Comité a aussi mis au centre de sa réflexion et de ses revendications. Nous nous devons cependant de signaler le peu d'attention donné aux moyens permettant d'atteindre un objectif aussi complexe. Ce n'est en tout cas pas en introduisant simplement des "interprètes culturels" ou des "culture-brokers" auprès des professionnels qu'on modifiera substantiellement la situation actuelle.

Enfin l'accent mis sur la nécessaire collaboration avec les organismes privés que se sont données certaines communautés culturelles laisse ouvert le difficile problème de l'articulation de ce mini-réseau sur l'ensemble du réseau officiel de services. Tout en soulignant l'intérêt de maintenir des relations suivies avec les organismes privés culturels, nous pensons que les actions primordiales doivent se développer au sein même du réseau officiel.

Les réserves que nous mettons face aux recommandations du Comité ne s'inscrivent nullement dans une dénonciation de celles-ci; elles veulent plutôt souligner leur timidité et préparer le terrain pour des revendications qui soient beaucoup plus radicales et qui permettent d'opérer véritablement le virage vers le culturel dans nos institutions de services, depuis le niveau de la recherche jusqu'à celui des interventions en passant par la formation des professionnels.

Nous devons enfin reconnaître le travail de qualité réalisé depuis 1982 environ par différents services du Conseil des Services Sociaux et de Santé de la Région du Montréal Métropolitain (CSSSRMM): la réflexion théorique s'y est faite au sein de divers comités sur la base d'une référence explicite aux politiques présentées par le gouvernement en 1981 dans le Plan d'action à l'intention des communautés culturelles, et les modifications structurelles ou simplement administratives proposées pour rendre les différents organismes du réseau culturellement plus accessibles nous semblent non seulement assumer les principales orientations politiques en matière culturelle et d'immigration mais rencontrer également les attentes principales des représentants des communautés ethniques. Ne pouvant entrer dans le détail du cheminement des deux comités appelés respectivement "Groupe de travail" et "Comité aviseur", nous renvoyons les lecteurs à la Partie III du mémoire de L. Ottmann-Clish (1986:71-90) qui présente une analyse approfondie des méthodes de travail et des décisions qui furent prises relativement au problème de l'accessibilité des institutions du réseau aux communautés culturelles.

Pour soutenir ce travail de réflexion des membres des Comités, certaines études furent faites, l'une aux résultats décevants avait été commandée par le Gouvernement à une firme privée de consultation (SORECOM) et d'autres qui ont davantage inspiré ont été faites sur les problèmes d'utilisation de différentes catégories de services (CLSC, CHCD, CHVP, CHSP, CAH, CAR) par madame Ottmann-Clish.

A notre connaissance, les Comités ont pu arriver à proposer quelques principes et des actions correctives principalement en ce qui concerne le réseau régional des CLSC, plusieurs des éléments du Plan d'action pouvant évidemment s'appliquer également dans les autres catégories d'institutions. Parmi les actions proposées, nous en retenons quelques-unes qui répercutent en quelque sorte et le discours du CTASSSCC et, en bonne partie, celui du Comité Sirros.

Le Plan d'action demande aux institutions: de mettre en place une politique systématique d'engagement de personnel ethnique; d'améliorer son sytème d'informations en utilisant davantage les langues parlées par la population potentiellement cliente; de faire plus d'effort pour sensibiliser les membres du personnel à la problématique des communautés culturelles, et enfin, à l'intention du ministère des Communautés culturelles et de l'immigration, le plan insiste sur la nécessité de maintenir le programme d'engagement "d'agents d'accueil" pour favoriser le contact avec différents groupes ethniques. De façon plus timide et sans trop de précisions, on suggère également une restructuration des services dans le sens d'une certaine spécialisation ethnique des CLSC par exemple ainsi que la mise en place d'un "centre de triage" qui pourrait orienter l'utilisateur vers le service le plus à même de lui assurer le "confort culturel". On a l'impression de déjà entendu lorsqu'on lit le Plan d'action, mais ce qui est nouveau est le fait que les actions proposées ont véritablement déclenché un processus de

changement dans le réseau, processus dont nous avons rendu compte dans la partie II de notre rapport.

2. Discussion autour de cinq constatations majeures

Au terme de la démarche que nous avons entreprise sur les moyens de favoriser au Québec le développement de services socio-médicaux capables de répondre plus adéquatement aux caractéristiques des communautés culturelles, nous sommes en mesure d'identifier un certain nombre de points d'appui ou d'obstacles que toute réflexion et toute pratique doivent nécessairement prendre en compte. Notre analyse nous a conduits plus précisément à cinq constatations principales qui dessinent ensemble le contexte de contraintes et de possibilités dans lequel nous devons évoluer si nous voulons proposer des actions et des programmes réalistes qui ont une chance de pouvoir être réalisés.

2.1 Des politiques culturelles et d'immigration claires mais difficiles d'application

Le problème de l'adaptation culturelle des services socio-médicaux ne peut se penser que sur l'arrière-fonds des politiques d'immigration et des politiques culturelles et sociales. Le rôle et la place que doivent jouer les communautés culturelles dans l'ensemble des secteurs de la société, le domaine social et sanitaire ne formant que l'un

d'entre eux, ne se saisissent en effet que dans le contexte de la politique culturelle et d'immigration du Québec.

Depuis l'adoption comme loi en 1977 de la Charte de la langue française, il n'y a pas de doute que l'intention du législateur est d'intégrer les divers immigrants s'installant au Québec au sein de la majorité francophone, en mettant entre autres en place des services pour leur permettre d'apprendre par exemple la langue française. De plus, sur le plan des pouvoirs du Québec relativement au choix des immigrants, l'accord Couture-Cullen de 1978 a été conclu de façon à faire participer directement les services du MCCI en concertation avec ceux du gouvernement fédéral. Parallèlement à l'insistance mise par le gouvernement du Québec sur l'objectif d'un rapprochement progressif entre la majorité francophone et les communautés culturelles, une autre orientation complémentaire s'est développée au sein de laquelle on affirme le droit des groupes ethniques à préserver leur héritage culturel et leur langue. Ce respect déclaré pour le maintien de la spécificité culturelle des différentes communautés s'oppose directement à la politique américaine du "melting pot" en cherchant plutôt à promouvoir une société pluraliste dont le centre de gravité se situe néanmoins au coeur de la majorité francophone.

Une politique qui cherche à maintenir les droits de la majorité à se donner un projet collectif de société francophone tout en maintenant le droit des communautés culturelles au développement de leur propre

identité pose nécessairement des problèmes d'harmonisation et aboutit même dans certains cas à des impasses difficiles. Même si l'orientation générale de la politique québécoise ne nous semble pas avoir été modifiée par les décisions récentes du présent gouvernement (nous pensons surtout à la Loi 142), nous nous devons de reconnaître les difficultés d'application de cette politique dans le contexte actuel du Québec. Un texte récent de Nicolas Van Schendel paru dans la revue Vice Versa (janvier 1987) présente bien les éléments du problème:

> "La québécité actuelle, c'est déjà un peu la québécité du devenir. Elle germe en tant que québécité sans être encore tout à fait ce qui commence à la faire apparaître en tant qu'inter-nationalité: car il s'agit bien ici d'établir un rapport entre cette nationalité de l'origine et du devenir québécois francophone et celle de l'origine et du devenir des autres nationalités. Mais qui sont ces autres "ethniques"? Les autochtones, les anglo-canadiens ... les immigrants. Ah les immigrants. Au Québec, on a voulu les faire "converger vers" la culture majoritaire francophone; au Canada, on les "multi-culturalise" officiellement depuis déjà une quinzaine d'années. Doit-on parler de multi-culturalisme? Non, car l'idée d'une mosaïque élude peut-être un peu trop celle du rapport à établir. De convergence alors? Peut-être, mais il serait sans doute préférable de parler d'une convergence réciproque, car l'ouverture du majoritaire francophone au Québec passe par son propre mouvement vers l'autre, les autres ... minoritaires: l'autochtone et le migrant, l'anglophone aussi qui le renvoie forcément à l'histoire de sa nationalité canadienne-française et de sa situation minoritaire".
> (Van Schendel, 1987:26)

Le concept de "cultures convergentes" est d'autant plus difficile à opérationnaliser qu'il implique l'inversion d'un processus historique qui a conduit une proportion importante des populations immigrantes à chercher davantage leur intégration du côté de la minorité anglophone du

Québec; ce n'est pas notre intention de discuter les raisons qui expliquent ce phénomène historique de "convergence" des immigrants vers la minorité anglophone québécoise, mais nous nous devons de tenir compte de cet héritage historique qui pèse de tout son poids et qui exige nécessairement que le processus d'inversion se fasse selon un rythme acceptable et de façon telle que les avantages de l'intégration à la majorité francophone compensent les pertes subies au cours du processus de détachement de la minorité anglophone.

Malgré les difficultés au niveau de leur application, il nous semble que les politiques culturelles et d'immigration du Québec sont suffisamment claires pour qu'elles puissent favoriser le développement d'institutions et de services socio-médicaux de plus en plus adaptés aux caractéristiques des communautés ethniques tant sur le plan linguistique que culturel.

2.2 Un ministère de la Santé et des services sociaux sensible à la problématique culturelle

Dès 1981, le gouvernement du Québec a proposé un Plan d'action à l'intention des communautés culturelles, intitulé "Autant de façons d'être Québécois, qui constitue un effort pour concilier de façon harmonieuse les contenus de la Charte de la langue française et de la Charte des droits et libertés. Afin que ce document ne reste pas lettre morte, un Comité d'Implantation du Plan d'Action à l'intention des

Communautés Culturelles (CIPACC) fut créé dans le but d'amener chacun des ministères (Education, Culture, Immigration, Santé et services sociaux ...) à mettre en oeuvre les orientations du Plan d'action de 1981. Comme nous l'avons indiqué dans la première partie de notre texte, le Plan d'action contenait un certain nombre de mesures concrètes sur lesquelles il nous semble important de revenir pour bien les mettre en évidence:

> "Les établissements du réseau devront, dans la mesure du possible, fournir leurs services dans les langues d'origine à la clientèle des services d'urgence et des cliniques externes (hôpitaux et CLSC) dans les quartiers où sont concentrées ces communautés, notamment à Montréal." (1981:71)

Outre le fait que l'on recommande ici aussi l'embauche de personnel professionnel issu des communautés ethniques et sur la nécessité d'entreprendre des campagnes d'information pour faire connaître l'organisation du réseau socio-médical à ces mêmes communautés, le Plan demande aux différents Conseils régionaux d'agir comme maître-d'oeuvre dans l'actualisation du Plan tout en insistant sur le fait que les associations représentant les communautés culturelles doivent participer à l'ensemble du processus.

Bien que les propositions restent générales et qu'elles ne soient pas toujours assorties des moyens qui permettraient leur actualisation, les orientations sont suffisamment précises pour qu'on puisse y voir le souci de déclencher un processus d'adaptation culturelle et linguistique

des services socio-médicaux. Tout le travail qui s'est fait à partir de 1981 au Conseil de la région du Montréal Métropolitain a été directement inspiré par le Plan d'action. Nous dirons dans nos recommandations que les actions ne vont pas assez loin tout en reconnaissant que l'avancée se fait dans la bonne direction.

2.3 Une participation très active des associations culturelles

Explicitement invitées par le Plan d'action à s'impliquer dans la recherche de solutions à l'adaptation culturelle des services socio-médicaux, les associations ethniques ne se sont pas limitées à participer comme membres aux divers comités créés dans le contexte de l'actualisation du Plan d'action. Comme nous l'avons écrit, elles se sont aussi données une structure bien à elles, le CTASSSCC, qui a fait valoir un certain nombre de revendications auprès des instances gouvernementales concernées. Outre l'insistance mise sur l'embauche de personnel ethnique et l'urgence de sensibiliser les intervenants au culturel, les associations ont insisté sur deux points qui demandent à être discutés plus en détail:

(1) le désir de la reconaissance de leur compétence dans certains domaines dont celui du social et corollairement leur demande à être officiellement "intégrées" (selon des modalités à préciser) dans le réseau;

(2) le souhait de posséder des budgets protégés qui puissent permettre aux associations culturelles une plus grande marge de manoeuvre dans les actions à entreprendre pour "culturaliser" davantage les institutions.

Au moment où plusieurs études (Godbout:1987, Bibeau:1986) signalent la très faible participation des populations dans l'administration des services socio-médicaux et dans la prise en charge de certains aspects des problèmes, le dynamisme manifesté par les associations ethniques ne peut qu'être souligné et utilisé en concertation pour une atteinte plus rapide des objectifs. La responsabilisation sociale des associations ethniques pose cependant un problème lorsque celles-ci considèrent comme légitime leur introduction en tant qu'"alternatives" dans le réseau officiel des services. Pour réfléchir à cette question, on peut sans doute se référer utilement à l'Avis que le Comité de Santé Mentale du Québec a récemment publié sur "Les rôle et place des ressources alternatives" (1985). Les auteurs de cet Avis insistent sur la nécessité pour les institutions du réseau officiel de travailler en concertation avec les ressources "privées" et "volontaires" du milieu, en allant jusqu'à proposer le financement des ressources alternatives. Evaluant la position exprimée dans l'Avis sur les Alternatives, un des auteurs du présent document écrivait récemment:

> "Sur ce point précis de la position qu'il convient de souhaiter pour le mouvement alternatif dans ses rapports avec le réseau officiel de services, j'avoue préférer les voir s'inscrire directement à la marge ou dans la périphérie afin qu'ils puissent maintenir plus facilement leur identité et leur différence. Toute intégration risque en effet de se traduire rapidement en une perte d'identité de la part des mouvements alternatifs comme l'histoire est là pour le démontrer. Il ne faudrait pas se méprendre sur le sens que peut revêtir cette position des groupes alternatifs à la périphérie du système officiel; l'espace à occuper est dit marginal ou périphérique uniquement parce qu'on situe les groupes vis-à-vis de la structure dominante et centrale des services officiels et aucun jugement de valeur n'est posé sur la qualité des uns et des autres." (Bibeau, 1986:38-39)

Nous pensons qu'une position de vigilance à la marge et une participation à l'ensemble de organismes décisionnels constituent de meilleures garanties de voir s'amorcer dans la bonne direction le virage de nos institutions vers la prise en compte du culturel. Nous nous inquiétons particulièrement de la tendance manifestée par les représentants de certaines associations ethniques à favoriser la prise en charge de certains problèmes par des non-professionnels qui auraient comme avantage d'être issus des communautés: loin de partager un tel point de vue, nous croyons plutôt que même le recours aux interprètes ethniques doit être repensé dans le contexte d'une approche plus radicale face à l'adaptation de nos services vis-à-vis des communautés culturelles. C'est en se maintenant à la périphérie que les associations ethniques seront davantage à même de se transformer en véritables maîtres-d'oeuvre de l'entreprise avec la fonction de vigilance que cela exige. Il ne s'agit pas de disqualifier les associations ethniques en leur refusant toute distribution de services

mais plutôt d'attirer leur attention sur les dangers de se transformer en agences privées ou en structures extra-réseau dont les activités risquent à moyen terme d'inscrire les communautés culturelles en dehors même du réseau officiel de services. Nous pensons que c'est le centre de gravité du réseau lui-même qui doit se déplacer pour aller à la rencontre des communautés culturelles.

2.4 Une insistance mise sur la "compétence linguistique" et le "confort culturel"

Les multiples rapports et documents se répétent les uns les autres sur le point précis de la reconnaissance de "barrières linguistiques" qui découragent la clientèle ethnique ou qui l'insatisfaient grandement chaque fois qu'elle a recours aux institutions de services. Il n'y a pas de doute que les personnes qui parlent un français de base se sentent très mal à l'aise lorsqu'il s'agit d'expliquer leurs "symptômes et plaintes" à un professionnel qui n'est nullement familiarisé avec leur langue maternelle. Une des solutions pratiques qui est spontanément recherchée est d'avoir recours à la langue anglaise: c'est là du strict point de vue de la qualité de la communication un pis-aller dans la mesure même où les deux personnes, le professionnel et le client, peuvent ne parler qu'un anglais primaire dans lequel il est difficile de traduire le message que l'un et l'autre veulent véhiculer.

Une autre solution concrète consiste à avoir recours selon les besoins au personnel ethnique de l'institution qui parle la langue de la personne consultante. Tout en assurant davantage la qualité de la communication, une telle procédure reste fort aléatoire puisque rien n'est systématiquement organisé dans les services et que l'on fait du cas par cas: un service particulier peut compter plusieurs professionnels qui parlent trois ou quatre langues alors qu'un autre service n'aura que quelques bilingues. Pour lever les barrières linguistiques, on a pensé avoir recours sur une base générale à des interprètes, escortes ou agents d'accueil qui travailleraient soit sur une base volontaire bénévole soit dans le cadre d'un programme spécifique d'emploi, et qui appartenant aux communautés ethniques qui habitent le territoire de l'institution ont comme mission de faciliter les contacts de leurs "compatriotes" avec le système socio-médical. Un tel système pourrait fonctionner mais à trois conditions qui ne sont pas actuellement réalisées:

(1) que ces interprètes ou "culture brokers" possèdent une formation au moins élémentaire car ce n'est pas le seul fait de connaître la langue qui rend compétent pour traduire les problématiques sociale et médicale;

(2) que le système fonctionne de manière systématique sans que les consultants soient continuellement affrontés à des absences ou des retards qui discréditent cette fonction;

(3) qu'on envisage d'intégrer ces "culture brokers" dans une structure d'emploi stable puisque nous ne pensons pas que le seul bénévolat puisse assurer une qualité dans ce genre de service.

Enfin, comme nous le dirons dans nos recommandations, il est illusoire de croire que les institutions pourront se payer un nombre important de ces "culture brokers", ce qui serait de fait nécessité dans le fonctionnement quotidien de certaines institutions à territoire multiethnique, et nous pensons pour cette raison qu'il vaut mieux qu'on assigne dans ces institutions une personne responsable de l'approche culturelle et linguistique des bénéficiaires, tout en procédant parallèlement à une formation du personnel dans le sens que nous décrirons. C'est là, il nous semble, la seule voie qui nous mène hors de l'improvisation et de l'incohérence actuelles.

Le concept de "confort culturel" a été mis de l'avant dans quelques points de services qui adaptent leur cuisine, l'horaire et plusieurs autres aspects de la vie quotidienne aux caractéristiques culturelles de la population desservie. Ce modèle est plus facile d'application dans les institutions qui se spécialisent dans l'hébergement de patients venant d'une ou de quelques communautés culturelles. Tout en souhaitant l'extension d'une telle approche, nous pensons qu'elle ne peut porter des fruits que si elle se situe dans un programme d'actions beaucoup plus systématique qui permet une continuelle attention aux

caractéristiques culturelles des clients. Nous explicitons les éléments de ce programme dans nos recommandations.

2.5 Un Québec tourné vers le communautaire, le transculturel et l'international

La Loi 65 issue des travaux de la Commission Castonguay-Nepveu a donné au Québec depuis le début des années 1970 un système socio-médical fondamentalement orienté vers le communautaire, allant jusqu'à créer des Départements de Santé Communautaire au sein de certains centres hospitaliers ainsi qu'un réseau de Centres Locaux de Services Communautaires appelés à couvrir l'ensemble du territoire québécois et devant servir de portes d'entrée dans le sytème. Bien que le gouvernement ait laissé dans les faits se développer un réseau parallèle de polycliniques privées et que l'on critique de plus en plus ouvertement le prétendu échec de l'approche communautaire au nom de la nouvelle idéologie de l'heure centrée sur le privé, il n'en reste pas moins que le document qui a créé la Commission insiste sur le fait que ses travaux devront s'inspirer de la philosophie mise en acte dans la Loi 65. De façon plus précise, la commission Rochon a reçu comme mandat de "trouver des moyens d'assouplir le fonctionnement du système et de le réorienter pour qu'il soit plus sensible à son environnement et capable de s'articuler sur les besoins de la population" (Bulletin d'information de la Commission Rochon, 1986:1). La philosophie communautariste traditionnelle inscrite au coeur de notre système socio-médical et le

mandat de la Commission constituent autant de points de garanties relativement à la prise en considération des communautés culturelles.

Depuis 1956, Montréal, et plus précisément l'équipe de chercheurs installés à l'Université McGill autour des docteurs E. Wittkower, H.B.M. Murphy et R. Prince, s'est hissée au premier rang mondial dans le domaine des recherches dédiées à l'approche culturelle des problèmes de santé mentale principalement; depuis cette date la revue Transcultural Psychiatric Research Review est publiée avec le concours d'une équipe interuniversitaire comprenant aussi bien des anglophones que des francophones. C'est dans le sillage de cette ouverture vers les aspects transculturels des problèmes de santé que s'est créé en 1974, le Groupe Interuniversitaire de Recherche en Anthropologie Médicale et en Ethnopsychiatrie couramment appelé GIRAME qui a développé progressivement des activités diversifiées:

(1) la publication d'un périodique bilingue Santé, Culture, Health dans lequel on présente trois fois par année une bibliographie compréhensive sur les neuf thèmes suivants:
   - développement de l'anthropologie médicale
   - épidémiologie socio-culturelle
   - comportements sociaux liés à la santé et à la maladie
   - systèmes de représentations de la santé et de la maladie
   - aspects culturels des thérapies et systèmes de soins
   - aspects socio-culturels de la naissance

- aspects socio-culturels du vieillissement
- généralités sur la culture, maladie et santé;

(2) l'organisation de rencontres scientifiques mensuelles sur divers problèmes liés aux rapports entre culture et maladie;

(3) l'organisation à tous les deux ans de colloques comme celui de 1985 sur Regards anthropologiques en psychiatrie (voir Corin et al.:1987);

(4) la promotion de recherches sur les facteurs socio-culturels affectant la santé et le recours aux soins;

(5) la création d'un centre de consultation qui rend disponible toute documentation relative aux sujets énumérés plus haut;

(6) la formation de spécialistes issus des sciences de la santé et des sciences sociales dans un programme d'études graduées en anthropologie médicale;

(7) la recherche de nouvelles méthodologies adaptées aux problématiques culturelles et leur application dans des projets concrets de recherche (pour plus de détails, nous renvoyons à l'éditorial signé par Guy Dubreuil dans le premier numéro de Santé, Culture, Health, 1983, ainsi qu'aux rapports annuels 1984-85 et 1985-86 du GIRAME).

Il est important de signaler que les membres du GIRAME proviennent de plusieurs départements différents au sein des universités de Montréal, McGill, du Québec à Montréal et Laval, manifestant par la composition même du groupe la nécessité d'une approche

multidisciplinaire des problèmes socio-médicaux dans les communautés culturelles.

Le GIRAME entretient également un réseau international de correspondants en Afrique, en Amérique latine et en Asie qui lui font parvenir des informations sur ce qui se publie ou se fait dans les pays ou régions des correspondants relativement aux neuf thèmes cités plus haut. Cette ouverture vers l'international rencontre l'intérêt qui se manifeste de plus en plus dans les milieux québécois de la santé pour une implication au niveau international. A son Congrès annuel de 1985, la Fédération des CLSC a pris la résolution d'examiner les possibilités de développer des programmes de collaboration internationale; plus récemment, l'Association pour la Santé Publique du Québec a créé un groupe de travail qui déposera au printemps 1987 son rapport sur les "relations entre la coopération internationale et la santé publique". A cette ouverture des professionnels praticiens vers la santé internationale correspond dans les milieux universitaires le désir de mettre en place des programmes de formation spécialisés en santé internationale: c'est le cas d'un groupe présentement constitué au sein du Département de Médecine sociale et préventive de l'université de Montréal qui explore les possibilités de création d'une concentration d'études et de recherches dans ce domaine. Une orientation semblable se retrouve également au niveau de la maîtrise en sciences de la santé à l'université Laval.

Cette triple orientation des milieux de la santé québécois vers le communautaire, le transculturel et l'international constitue autant de points d'appui sur lesquels il apparaît possible de construire une véritable approche culturelle des problèmes socio-médicaux des communautés ethniques vivant sur le territoire québécois.

3. Cinq recommandations dans leur spécificité et leur complémentarité

Le virage vers une culturalisation des problématiques socio-médicales ne pourra s'enclencher aux différents niveaux et dans les multiples catégories d'institutions du réseau de la santé et des services sociaux que si un ensemble interrelié de principes, de programmes et d'action sont mis en oeuvre dans les meilleurs délais. Il nous semble que le travail à faire doit s'inscrire dans cinq lieux différents et faire intervenir des partenaires multiples allant des fonctionnaires jusqu'aux professionnels de la base en passant par les chercheurs et professeurs ainsi que par les représentants des associations ethniques et leurs bénévoles. La masse critique nécessaire pour initier des transformations durables et substantielles ne peut être atteinte que si les actions se situent parallèlement mais en concertation dans différents lieux de façon à ce que leurs effets puissent s'additionner et se conjuguer au sein d'objectifs clairs et partagés en commun.

Nous pensons que les modifications doivent d'abord commencer au sein du Ministère lui-même (MSSS) et des Conseils régionaux; en second lieu, il faut que le domaine de l'ethnicité et de la multiculturalité soit mieux connu au Québec et que des moyens soient alloués pour améliorer nos connaissances. De plus, les ressources nécessaires devront être dégagées pour soutenir les modifications que subiront nécessairement les institutions du réseau dans leur mode de gestion et les méthodes de travail; en quatrième lieu, la recherche et la formation des intervenants des secteurs social, médical et para-médical devront être orientées de façon à prendre en compte le problème des rapports entre culture et santé; et enfin, au niveau même des interventions cliniques et sociales, le contexte de travail devra être tel que les professionnels seront en mesure de développer une écoute davantage culturelle des patients et bénéficiaires. Ces cinq séries d'actions sont interreliées et c'est de leur conjonction que devrait naître une modification des modes actuels de pratique.

Recommandation 1

"QUE SOIT MISE EN PLACE UNE STRUCTURE INTRAMINISTÉRIELLE (MSSS) ET QUE CHAQUE CONSEIL RÉGIONAL (CRSSS) AIT LE MANDAT DE VEILLER A L'APPLICATION DES POLITIQUES D'ADAPTATION LINGUISTIQUE ET CULTURELLE DANS LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'INSTITUTIONS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX."

Les méthodes d'administration qui prévalent actuellement au Québec et l'héritage historique d'une bureaucratie gouvernementale qui a joué un rôle majeur dans la restructuration de l'ensemble de l'appareil de l'Etat (éducation, affaires culturelles, santé et affaires sociales ...) nous forcent à situer le point de départ de toute réforme des services socio-médicaux au sein même du MSSS. L'expérience montre en effet qu'il ne suffit pas que des instances extraministérielles diverses aient pris conscience d'un problème et développé des réponses pour que ces points de vue se répercutent de fait au sein du ministère concerné. Ce n'est que lorsqu'il existe une structure interne au ministère suffisamment bien identifiée avec un mandat explicite que les avis, recommandations et propositions émanant d'organismes extraministériels peuvent être repris, métabolisés et traduits en planification et politiques. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, l'affirmation selon laquelle il doit exister un partenaire intraministériel fort pour qu'un dossier chemine et atteigne l'ensemble du réseau ne signifie pas qu'il faille abandonner tout le pouvoir de décision en matière de politique et de planification aux seules instances gouvernementales. Dans notre perspective, le rôle des fonctionnaires apparaît plutôt comme complémentaire de celui réalisé par diverses organisations à tendances variées qui ont le droit de faire valoir leur point de vue, cette complémentarité de l'instance gouvernementale s'inscrivant du côté de la traduction des orientations au sein d'une politique cohérente et d'une planification qui s'impose à l'ensemble du réseau. Cette structure intraministérielle pourrait être minimale et ressembler par exemple aux structures responsables "des

régions périphériques du Québec", ou au service chargé des "toxicomanies" ...; il est important que le problème de l'adaptation linguistique et culturelle du réseau ait une place structurelle dans l'organigramme et qu'un répondant soit chargé du dossier. Il serait sans doute souhaitable que le responsable du service provienne d'une des communautés culturelles.

A cette visibilité d'un service approprié au sein de l'organigramme ministériel (MSSS) doit correspondre une structure apparentée au sein des Conseils Régionaux de Santé et Services Sociaux, plus spécialement dans le Montréal Métropolitain qui est davantage concerné par la présence des communautés culturelles sur son territoire. Etant donné que des Comités ont déjà été formés et que plusieurs services du CSSSRMM se sont impliqués dans ce dossier, il est difficile de proposer la création d'une structure radicalement nouvelle qui referait le travail déjà accompli. Tout en continuant sur la lancée antérieure, nous pensons qu'il serait cependant important qu'un responsable du dossier des communautés culturelles soit officiellement nommé et qu'il dépende directement du Directeur Général du Conseil Régional. Cette personne pourrait diriger un petit service qui servirait de lien entre les nombreux comités travaillant sur le dossier, le service intraministériel du MSSS, les institutions socio-médicales du réseau et les communautés culturelles. En mettant en place un service léger dans les Conseils Régionaux, à Montréal tout du moins, on s'assurerait d'un suivi

systématique tout au cours du processus d'adaptation culturelle des services.

Recommandation 2

"QUE LES ÉTUDES ETHNIQUES SOIENT CONSIDÉRÉES COMME UN DOMAINE PRIORITAIRE DE RECHERCHE PAR LES ORGANISMES SUBVENTIONNAIRES DE RECHERCHE"

Traditionnellement réalisées par des chercheurs provenant de la communauté anglophone, les études ethniques sont un domaine encore sous-développé chez les scientifiques québécois. Nous avons souligné le petit nombre et la pauvreté de la majorité des recherches entreprises dans les communautés culturelles du Québec en sorte que nous possédons présentement fort peu de données fiables et valides sur différents aspects de la vie actuelle de ces communautés.

Pour corriger le plus rapidement possible cette situation, nous suggérons aux organismes subventionnaires du Québec de considérer les études ethniques comme un domaine prioritaire de recherche pour lequel un budget pourrait être protégé: le Fonds de Recherche en Santé du Québec (FRSQ) pourrait par exemple lancer un concours sur les recherches d'épidémiologie comparative portant sur plusieurs groupes culturels différents; le Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS) pourrait également retenir quelques thèmes prioritaires comme cet organisme en a

l'habitude. De plus, le chantier des communautés culturelles à l'Institut Québécois de Recherche sur la Culture (IQRC) aurait avantage à être consolidé par une addition de chercheurs orientés vers les aspects sociologiques et anthropologiques de la vie des groupes ethniques.

On peut penser que les programmes thématiques de financement lancés par les organismes subventionnaires auront un effet d'entraînement et que de plus en plus d'étudiants gradués de différents départements feront porter leur mémoire de maîtrise ou leur thèse doctorale sur un sujet lié à l'ethnicité. Les recherches qui seront initiées dans ce contexte devraient progressivement amener à mieux connaître les situations réelles de vie dans les communautés ethniques, allégeant d'autant notre dépendance à l'égard des recherches faites aux Etats-Unis.

Au sein des recherches que nous souhaitons voir s'amorcer, nous signalons que les transformations en cours dans la population générale du Québec, et dans la majorité francophone entre autres, devraient aussi être examinées afin de suivre le rythme de la formation, avec ses avancées et ses reculs, d'une société pluriethnique au Québec.

Recommandation 3

"QUE LES MOYENS APPROPRIÉS (PERSONNEL ET BUDGET) SOIENT MIS A LA DISPOSITION DES INSTITUTIONS AFIN QU'ELLES PUISSENT ACTUALISER LA POLITIQUE D'ACCESSIBILITÉ LINGUISTIQUE ET CULTURELLE"

Depuis au moins deux ans un important mouvement de sensibilisation à la problématique ethnique a conduit plusieurs établissements du réseau à prendre conscience de l'inadéquation de leurs programmes quant à leur accessibilité pour les membres des communautés culturelles. Des efforts ont été faits pour mieux faire connaître les services disponibles et ce, à travers une documentation en plusieurs langues; de même, des agents d'accueil et des bénévoles ont été mis à la disposition des personnes parlant la même langue. Un service de référence a été mis sur pied de façon à orienter les personnes vers les intervenants davantage à même de les comprendre, et enfin, une sensibilisation au culturel a progressivement touché un nombre de plus en plus grand de professionnels.

Toutes ces activités sont intéressantes et portent certainement des fruits; malheureusement elles ne s'inscrivent pas dans un cadre systématique et les aléas financiers risquent souvent de faire disparaître après très peu de temps ce qui a été mis en place après d'énormes difficultés. Le problème vient du fait que les institutions du réseau n'ont pour ainsi dire reçu aucun budget additionnel pour

actualiser la politique d'adaptation culturelle. Il nous apparait essentiel que soit précisé le nombre de postes à pourvoir de façon permanente en refusant de se reposer uniquement sur les programmes genre "programme de jumelage" ou sur la simple bonne volonté de bénévoles. De même, on doit évaluer ce que coûte les activités de formation du personnel et utiliser ce qui est prévu aux conventions collectives conclues entre le gouvernement et le secteur public pour procéder à une formation en cours d'emploi. Nous reviendrons sur ce dernier point en présentant la cinquième recommandation.

Recommandation 4

"QUE LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX SOIT MODIFIÉE DE FACON A INCLURE UNE QUALIFICATION DU POINT DE VUE DE L'APPROCHE CULTURELLE DES PROBLEMES SOCIO-MÉDICAUX"

Ce sont les programmes de base dans lesquels sont formés les futurs médecins, infirmiers et infirmières, travailleurs sociaux, psychothérapeutes et autres spécialistes du social, du médical et du para-médical, qui devront à l'avenir comporter au moins un cours dans lequel les étudiants seront confrontés à la problématique culturelle. Un tel cours pourrait être donné sur la base de cas cliniques qui seront analysés en référence par exemple aux concepts exposés dans la partie I de notre document. L'ouverture des étudiants aux rapports entre culture

et problèmes socio-médicaux devrait pouvoir se faire assez tôt dans leur formation.

Pour que cette formation de base puisse être assurée avec compétence, il est important que les programmes gradués et spécialisés se centrent eux aussi, du moins en partie, sur la problématique culturelle. Il serait certainement essentiel que se développe au Québec un excellent programme de santé internationale avec un accent mis non seulement sur l'organisation des services mais aussi sur la pathologie différentielle avec un fort intérêt pour la pathologie tropicale. De même les départements de médecine sociale et préventive devront apprendre à s'ouvrir toujours davantage à une épidémiologie véritablement attentive aux variables culturelles; la tradition de psychiatrie transculturelle qui est particulièrement vivante aux universités McGill et de Montréal devra aussi se maintenir, et enfin dans d'autres secteurs aussi, en médecine familiale, en sciences infirmières, en gérontologie, ... il sera important de s'intéresser au problème des variations interculturelles. Les recherches faites dans ces domaines par les professeurs devraient pouvoir alimenter l'enseignement sous-gradué et gradué sur les rapports entre le culturel et le médico-social.

Recommandation 5

"QUE LE CONTEXTE DES INTERVENTIONS CLINIQUES ET SOCIALES PERMETTE UNE APPROCHE CULTURELLEMENT ADAPTÉE DES PROBLEMES PRÉSENTÉS PAR LA CLIENTELE"

Tout en reconnaissant l'apport bénéfique des interprètes ethniques et des culture-brokers dans les institutions de services, apport qui devra être renforcé par une introduction plus large de ces personnes dans les services, nous pensons qu'il est important d'organiser des sessions de formation qui assurent une plus grande uniformité dans le travail de ce personnel et une qualification accrue; de même, nous sommes d'avis que chaque institution à clientèle multiethnique importante (plus de 20 %) devrait disposer d'un service avec un responsable faisant partie du personnel régulier et chargé de la supervision et de l'organisation des activités des "interprètes ethniques". Nous suggérons de tester différentes formules qui impliquent un dédommagement financier et des horaires réguliers de la part de ces interprètes, le système actuel du volontariat apparaissant trop aléatoire.

Le recours à des non-professionnels fussent-ils formés pour devenir des "culture-brokers ou interprètes culturels" capables de traduire les informations dans les deux directions, du consultant vers le professionnel et de celui-ci vers le consultant, ne dispense pas de

l'urgente nécessité de sensibiliser l'ensemble des intervenants à l'approche culturelle. Une telle formation doit être acquise en cours d'emploi et plusieurs formules peuvent être expérimentées en fonction des caractéristiques de l'établissement. Nous suggérons aux formateurs d'utiliser surtout des cas cliniques afin d'illustrer ce qui caractérise une lecture culturelle des problèmes; comme formateurs, on peut avoir recours au personnel ethnique de l'établissement ou encore à des spécialistes de l'approche culturelle. Nous pensons qu'un dossier de formation applicable à différents contextes pourrait être préparé par un groupe comme le GIRAME et servir de base pour les sessions de formation de l'ensemble du réseau.

RÉFÉRENCES

BIBEAU, Gilles
1986 "Le facteur humain en politique: applications au domaine de la santé mentale", in Santé Mentale au Québec, XI,1,19-41

COMMISSION ROCHON
1986 Bulletin d'information de la Commission Rochon, 1,1

DUBREUIL, Guy
1983 "Editorial", in Santé, Culture, Health, 1,1,2-7

GIRAME
1986 Rapport annuel 1984-85, (rapport ronéotypé), Université de Montréal
11987 Rapport annuel 1985-86, (rapport ronéotypé), Université de Montréal

GODBOUT, Jacques
1987 La démocratie des usagers, Montréal: Boréal-Express

CONCLUSION

Ce document dans lequel nous avons examiné les implications pour l'organisation de services sociaux et de santé du fait que les communautés culturelles du Québec sont "à la fois d'ici et d'ailleurs", ne présente nullement des solutions définitives et refuse délibérement d'entrer dans les détails des décisions administratives. Notre but a été de fournir un cadre théorique qui permette de poser autrement qu'on a l'habitude de le faire au Québec la problématique de l'accessibilité culturelle des services socio-médicaux. En fournissant ce nouveau cadre, nous avons conscience de relancer les débats avec certains et d'initier un dialogue avec d'autres; et dans la mesure même où le présent dossier est tributaire de projets politiques, lesquels ne sont nécessairement pas toujours en parfaite convergence, nous pensons que les décisions concrètes qui seront prises surgiront assez souvent de compromis visant à satisfaire les exigences des uns sans indisposer les autres.

Tout en étant parfaitement conscients des difficultés inhérentes à l'actualisation des cinq recommandations présentées à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, nous estimons avoir balisé avec suffisamment de précision le chemin sur lequel devrait s'engager le Ministère de la santé et des services sociaux: la direction à suivre est clairement indiquée, les obstacles

majeurs qui peuvent se présenter en cours de route sont assez souvent identifiés, les options à certains carrefours sont marqués, des chemins de traverse et des raccourcis sont parfois proposés, ... En d'autres mots, nous avons le sentiment d'avoir fourni une carte qui correspond au territoire multiculturel du Québec et qui peut servir de guide à qui sait la lire.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*
No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*
No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*
No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*
No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*
No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*
No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*
No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*
No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1] Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

---

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation [illegible] la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information [illegible] principaux programmes d'activités de la Commission [illegible] services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.